THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris

Par ACHILLE FRANÇOIS,

né à Drucat (Somme),

DOCTEUR EN MÉDECINE,

Élève en Médecine et en Chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris.



PARIS.

IMPRIMERIE ET FONDERIE DE RIGNOUX,

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

1842

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 6 juillet 1842,

Par ACHILLE FRANÇOIS,

né à Drucat (Somme),

DOCTEUR EN MÉDECINE,

Élève en Médecine et en Chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris.

HISTOIRE DE LA SYPHILIS.

I. — De la marche de la syphilis.

II. — Des causes principales de la claudication, considérée comme mode fonctionnel permanent.

III. — Des excurvations de l'épine qui peuvent être combattues avec espoir de succès par des moyens mécaniques; quelles sont celles qui sont incurables, ou qu'il serait dangereux de traiter par ces moyens?

IV. — Quelles sont les familles de plantes dans lesquelles les fleurs sont disposées en chatons? Comparer entre elles ces diverses familles, et indiquer leurs espèces employées en médecine.

(Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.)

PARIS.

IMPRIMERIE ET FONDERIE DE RIGNOUX,

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

Rue des Francs-Bourgeois-Saint-Michel, 8.

1842

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, DOYEN.	MM.
Anatomie..................................	BRESCHET.
Physiologie..................................	BÉRARD aîné.
Chimie médicale..................................	ORFILA.
Physique médicale..................................	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale..................................	RICHARD.
Pharmacie et Chimie organique..................................	DUMAS.
Hygiène..................................	ROYER-COLLARD.
Pathologie chirurgicale..................................	MARJOLIN. GERDY aîné.
Pathologie médicale..................................	DUMÉRIL. PIORRY.
Anatomie pathologique..................................	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	ANDRAL.
Opérations et appareils..................................	BLANDIN.
Thérapeutique et matière médicale..........	TROUSSEAU.
Médecine légale..................................	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés.....	MOREAU.
Clinique médicale..................................	FOUQUIER. CHOMEL. BOUILLAUD. ROSTAN, Examinateur.
Clinique chirurgicale..................................	ROUX. J. CLOQUET. VELPEAU. ....
Clinique d'accouchements..................................	P. DUBOIS, Président.

Agrégés en exercice.

MM. BARTH.
BAUDRIMONT.
CAZENAVE.
CHASSAIGNAC.
COMBETTE.
DENONVILLIERS.
J. V. GERDY.
GOURAUD.
HUGUIER.
LARREY.

MM. LEGROUX.
LENOIR, Examinateur.
MAISSIAT.
MALGAIGNE.
MARTINS, Examinateur.
MIALHE.
MONNERET.
NÉLATON.
NONAT.
SESTIER.

Par délibération du 9 decembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE.

A. FRANÇOIS.

A MA MÈRE.

Nec debita solvi.

A M. THÉOPHILE BAILLEUL.

Il fut pour moi un second père.

A MON FRÈRE ET A MA SOEUR.

A. FRANÇOIS.

A M. LE PROFESSEUR VELPEAU,

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien de l'hôpital de la Charité, Membre de l'Académie royale de Médecine, Chevalier de la Légion d'honneur, etc.

Témoignage de reconnaissance pour les principes que j'ai puisés dans ses savantes leçons.

Je prie M. Nonat, Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, Médecin des hôpitaux, etc. etc., de recevoir ici un témoignage public de ma reconnaissance pour la bienveillante amitié dont il m'a toujours honoré.

A. FRANÇOIS.

HISTOIRE

DE LA SYPHILIS.

INTRODUCTION.

Avant de commencer l'histoire de la syphilis, je vais, en peu de mots, indiquer la marche que je me propose de suivre.

Désireux d'être complet, autant que possible, et forcé en même temps de me renfermer dans de certaines limites, je n'ai pas dû aborder le nombre infini d'affections qui rentrent dans le cadre de la maladie syphilitique. Ce n'est pas dans une thèse que l'on peut se livrer à une étude si vaste et si difficile.

J'ai donc laissé de côté tous les accidents secondaires de la syphilis, pour ne m'occuper que des accidents primitifs.

Il n'est pas de maladie peut-être sur laquelle on ait tant disserté; et cependant la syphilis fait encore aujourd'hui le sujet de vives discussions, quant à sa nature.

Mais, il faut bien le dire, toutes ces discussions qui s'élèvent entre hommes également recommandables sont loin d'avoir le degré d'importance qu'on pourrait leur supposer.

La grande question aujourd'hui est de savoir s'il existe ou s'il n'existe pas de virus syphilitique : deux camps sont opposés; je me placerai au milieu de ces deux camps, et, par une discussion critique, je ferai en sorte de rechercher s'il existe réellement entre les adversaires une grande dissidence d'opinion.

J'ai pensé que c'était ainsi que l'on devait concevoir l'esprit d'une thèse. Dire ce qui a été fait, discuter les différentes opinions qui ont été émises dans la science, les juger, enfin : tel est le travail que je me suis imposé; travail ardu, difficile, pour celui qui ne fait que d'entrer dans la carrière, et surtout quand il a à combattre l'opinion d'hommes si hautement placés dans la science. On pourrait peut-être m'accuser de témérité, si l'on me supposait un esprit prétentieux; je ne crains pas un tel reproche. Plein de foi dans la parole de mes maîtres, plein de confiance dans leur noble caractère, c'est à cause de cette témérité même, si elle existe, que j'attends d'eux indulgence pour les fautes et les erreurs que j'ai pu commettre.

Voici comment je divise mon travail : 1° l'historique de la syphilis; 2° existe-t-il un virus vénérien? 3° l'histoire des affections primitives de la syphilis.

Historique.

Lors de la découverte de l'Amérique par Christophe Colomb, si l'on en croit les auteurs du XVe siècle, la maladie vénérienne n'était pas encore connue en Europe, et c'est Oviedo, médecin espagnol, contemporain de Colomb, qui écrivit que l'équipage de Colomb avait reçu cette maladie des indigènes, et l'avait transportée en Europe. Mais cette opinion, malgré l'attestation d'Oviedo, trouve néanmoins des médecins d'un avis contraire. Les uns accusent la Sicile d'être le berceau de la syphilis; les autres, la France; ceux-là, l'Espagne; ceux-ci, l'Angleterre.

Au milieu d'opinions si disparates, l'esprit ne saisit qu'une seule chose, l'incertitude où l'on est sur le lieu d'origine de la syphilis.

Astruc, médecin français, soutint l'origine américaine; Sydenham, Haller, Boerhaave, partagèrent son opinion.

La question paraissait jugée, lorsque J. Hunter soutint que plu-

sieurs maladies semblables à la syphilis pouvaient se développer, et s'étaient développées de tout temps, sur les parties génitales, maladies transmissibles par l'union des sexes. Certes, l'époque à laquelle vivait Hunter est assez rapprochée de nous pour qu'il y ait lieu de s'étonner que cet auteur ait pu admettre l'existence de maladies offrant des symptômes analogues à la syphilis, mais qui, n'étant point cependant la syphilis, fussent contagieuses comme la maladie vénérienne elle-même. Aujourd'hui cette opinion n'est plus admissible.

Après Hunter, Swediaur, en France, Gruner, en Saxe, soutinrent que les organes génitaux furent toujours sujets à des maladies semblables à la syphilis. Moïse, le législateur du peuple juif, parle d'écoulements auxquels les Hébreux étaient extrêmement sujets.

Mais, sans aller plus loin à la recherche de tout ce qui a été écrit sur cette affection, qu'il me suffise de dire, pour l'intelligence de mon sujet, quand je traiterai du virus syphilitique, que c'est sur l'existence de la syphilis dans les temps les plus anciens, que les partisans de la non-spécificité de la syphilis se sont surtout appuyés, pour prouver que le virus vénérien n'existait pas.

Je reviendrai sur cette question en traitant du virus vénérien.

Existe-t-il un virus vénérien?

La question de savoir s'il existait ou non un virus vénérien a été fort débattue dans ces derniers temps. MM. Jourdan, Richond, Devergie, soutiennent dans leurs écrits la non-spécificité de la syphilis. Ils ont été vivement combattus, et, je crois, victorieusement réfutés. Expliquer tous les accidents de la syphilis par l'irritation et les sympathies, c'était, je pense, pousser trop loin l'esprit de système.

En lisant avec attention ce qu'ont écrit les partisans de la non-spécificité, on remarque qu'ils s'efforcent toujours, en citant des expériences, telles que celles de Bru, par exemple, expériences négatives, de prouver que l'inoculation ne peut pas démontrer l'existence du virus

vénérien. Cependant les faits de M. Cullerier neveu, qui a toujours vu l'inoculation du pus syphilitique produire des ulcères en tout semblables à ceux qui avaient sécrété la matière inoculée, les embarrassant un peu, M. Jourdan déclare qu'ils ne suffisent pas pour démontrer l'existence du virus; « car, dit-il, on voit des résultats semblables dépendre d'une piqûre. » Quoi! une piqûre offrira de semblables résultats? Qu'une piqûre, faite par un instrument sale, donne lieu à la phlébite, à l'angioleucite, à des abcès, à des accidents typhoïdes, c'est ce que tout le monde sait; mais cela n'infirme en rien l'inoculation; car celle-ci ne démontre qu'une chose: c'est que le pus d'un chancre donne lieu à un ulcère analogue, et que le pus de cet ulcère de nouvelle formation peut, à son tour, si on l'inocule, faire paraître les mêmes phénomènes. C'est toujours un ulcère qui se développe, ulcère en tout semblable à celui qui a produit le pus: il poursuit ses phases comme tout ulcère vénérien, et dessine plus tard tous ses caractères, en produisant, si on le laisse marcher, des accidents de syphilis constitutionnelle.

Qu'est-ce donc que la succession de tels phénomènes? Quelle est la cause qui les produit? N'est-ce pas là, de toute évidence, un principe morbifique contagieux? Que si l'on me répond par une fin de non-recevoir, je demanderai alors ce que c'est que cette matière, qui, sécrétée par une partie ulcérée, mise en contact avec des tissus sains, germe au milieu d'eux, et se reproduit elle-même? Quel nom lui donnerez-vous? Ne trouvez-vous rien en elle qui ne soit simple, naturel, et facile à comprendre? La spécificité vous effraye, le virus vous épouvante! Mais expliquez donc alors la marche dont je viens de parler: est-elle franche, régulière, normale? Toutes les ulcérations produisent-elles de tels effets? Voyez toutes ces générations successives qu'un même principe fait naître: n'est-ce pas ainsi que naissent et marchent toutes les maladies contagieuses? n'est-ce pas toujours le même principe qui a donné lieu à une première affection, qui en fait paraître une seconde? Vous niez; mais les faits sont là: il n'est pas possible, je crois, de les révoquer en doute. Tous ceux qui se sont oc-

cupés d'inoculation dans ces derniers temps, M. Cullerier neveu, M. Castelnau, M. Ricord, ont prouvé, sans réplique, que le chancre vénérien s'inoculait: or, si l'ulcère vénérien s'inocule, il doit exister un virus... il existe!

Mais bien avant les expériences dont je viens de parler, la majorité des médecins croyaient à la spécificité de la syphilis (1). Ce que la méthode expérimentale vient de démontrer, le raisonnement pouvait le faire; et cela est si vrai, que les partisans de la non-spécificité sont en quelque sorte forcés, comme nous allons le voir, pour expliquer la transmissibilité de la maladie vénérienne, d'appeler à leur aide la spécificité elle-même. Voici comment s'exprime M. Jourdan: « La transmissibilité des maladies vénériennes, dit-il, peut s'expliquer par le changement survenu dans la composition des fluides exhalés par les tissus où elles siégent, et dont l'irritation a modifié la texture. Ces fluides deviennent propres à produire, chez une personne saine, une maladie ou une irritation analogue à celle dont ils sont le résultat. »

Et d'abord il faut remarquer que, dans l'opinion de M. Jourdan, c'est l'irritation qui modifie la texture des tissus: ces tissus, ainsi modifiés, exhalent des fluides, modifiés aussi (tout cela est logique), et, par cette modification, sont aptes à faire naître une irritation semblable à celle dont ils sont le produit. La spécificité n'existe pas ici, comme on le voit, dans les fluides sécrétés, mais bien dans l'irritation qui modifie les tissus. Mais alors combien admettez-vous donc de sortes d'irritations? Cette irritation de la maladie syphilitique est donc une irritation particulière sans analogue; car, si vous me répondez le contraire, je serai en droit de vous demander pourquoi toutes les irrita-

---

(1) La Société de médecine de Nantes (*Gazette médicale*, t. 4, p. 87; 1836) a posé cette question, qui a été résolue par l'affirmative, et à la presque unanimité, par les sociétés de Tours, de Toulouse, de Metz, de Rennes, de Dijon.

M. Nonat, dans sa thèse pour l'agrégation, dit que les expériences de M. Ricord ont mis hors de doute la spécificité de la syphilis.

tions ne produisent pas de tels effets. Ainsi donc vous êtes forcé d'admettre une irritation particulière, qui modifie les tissus d'une manière particulière; et, de conséquence en conséquence, par la logique la plus serrée, nous finirons par avoir des fluides particuliers. Il faut l'avouer, ou je me trompe beaucoup, nous voici bien près du virus syphilitique. Il n'existe donc pas, comme je l'ai insinué dans l'introduction, une bien grande divergence d'opinion entre ceux qui admettent et ceux qui nient la spécificité. Je poursuis. Dans l'historique, j'ai dit que les partisans de la non-spécificité arguaient de l'existence de la syphilis dans tous les temps, pour prouver que le virus n'existait pas : c'est de tout temps, disent-ils, une cause irritante qui a produit et produit encore aujourd'hui la maladie vénérienne. Les fauteurs du virus ne nient pas qu'une cause irritante ne puisse donner lieu à une inflammation, mais ils nient que jamais une simple irritation ait produit des phénomènes morbides analogues à ceux qui caractérisent la syphilis.

Dans le premier cas, pour que des phénomènes morbides paraissent, il faut que l'irritation soit prolongée, qu'elle soit forte, intense, que les fonctions de l'organe soient souvent répétées, et encore les accidents survivent-ils rarement à la cause qui les a fait naître. Dans le second cas, au contraire, la réunion de toutes les conditions dont je viens de parler est inutile; l'apparition de la maladie, ses symptômes, son mode de propagation, sont prévus d'avance, comme dans tous les cas d'infection. C'est donc forcer l'analogie, que d'admettre une identité parfaite entre les deux cas.

Mais la maladie a existé de tout temps : elle n'est donc pas virulente? Et pourquoi le virus n'existerait-il pas, parce qu'on aurait prouvé que la maladie vénérienne a toujours existé? Si vous prouviez aujourd'hui que la variole, la vaccine, n'ont pas été importées parmi nous, seriez-vous en droit, pour cela, de nier la spécificité dans leurs causes; vous ne l'oseriez pas : pourquoi, alors, faire exception à l'égard de la syphilis!

Si j'ai prouvé, par l'examen critique des différentes opinions émises

jusqu'à ce jour sur la nature de la syphilis, qu'il faut admettre un virus vénérien, il me reste peu de choses à dire sur l'action de cet agent morbide sur l'économie animale. Sans doute il est absorbé. Mais quel système affecte-t-il de préférence? M. Richerand place son siége dans le système lymphatique. Mais si je fais remarquer que non-seulement les vaisseaux lymphatiques, mais aussi, et surtout les veines, sont des agents d'absorption, je crois que quand le virus est absorbé, toutes nos humeurs en sont infectées. Son siége alors est partout, et sans doute que, suivant l'idiosyncrasie des individus, leurs mœurs, leurs habitudes, les variations atmosphériques, les phénomènes secondaires, doivent varier comme ces individus eux-mêmes, mais en conservant toujours, néanmoins, une sorte de connexité avec le principe qui les a fait naître.

De la syphilis.

Il est difficile de trouver une bonne étymologie du mot *syphilis*. Voilà comment s'expriment MM. Cullerier et Ratier : « Synonyme de maladie vénérienne, disent-ils, dénomination bizarre, qui n'est pas plus significative, et qui sert depuis longtemps à désigner un groupe d'affections très-diverses par leur siége, leur cause, leur nature, et qu'on s'obstine à réunir comme si elles constituaient un tout régulier, bien que cette association blesse toutes les lois de la physiologie. » Ce passage m'a frappé. Quel est donc ce groupe d'affections très-diverses que les nosologistes rangent parmi les affections syphilitiques ? Ont-ils réellement commis une erreur, en regardant comme syphilitiques des maladies qui ne l'étaient pas, sans avoir égard à la cause et à la nature de la maladie? L'accusation est grave; voyons si elle est méritée.

Si MM. Cullerier et Ratier disent que beaucoup d'affections, qui le plus souvent paraissent sous l'influence d'une cause syphilitique, peuvent tenir à une autre cause, nous ne nierons pas un tel fait; mais ce n'est pas une raison, parce qu'une affection, dans son déve-

loppement, est capable de se présenter à notre observation, souvent sous le même aspect, pour affirmer qu'une même cause en est toujours le principe. Pour mieux faire comprendre ma pensée, je vais citer un exemple. Supposons une carie des os : le vice scrofuleux, scorbutique, rhumatismal, joue un rôle immense dans la production de cet état pathologique. Est-ce le vice scrofuleux qui l'a produit? le vice scorbutique, rhumatismal, lui donne-t-il naissance? Examinez la carie : elle est toujours la même ; son aspect n'a pas changé ; et pourtant on admet et l'on diagnostique une carie scrofuleuse, scorbutique, rhumatismale. Les antécédents du malade, son état actuel, nous éclairent ici singulièrement sur la nature de la maladie. Mais si nous ne découvrons aucune trace de vice scrofuleux, rhumatismal, et que, en fouillant dans la vie passée du malade, nous découvrions que plusieurs fois il a été infecté, la syphilis s'offre sur-le-champ à notre pensée. En est-elle la cause? Il est rationnel de le penser ; le traitement bientôt démontre que l'on avait raison.

On a donc bien fait, ce nous semble, de regarder comme pouvant être de nature syphilitique une foule d'affections qui dépendent assez souvent d'autres causes. C'est à la sagacité du chirurgien à savoir démêler le fil embarrassé qui doit le conduire à la vérité; c'est à son intelligence à déchirer le voile sous lequel se cache la véritable affection. Si je prouve que de nombreuses affections, dont la naissance tient à beaucoup de causes, tient souvent aussi à la cachexie syphilitique, je prouve, par une conséquence naturelle, que la nature peut en être vénérienne. Ce n'est qu'en remontant au principe du mal que l'on peut bien le caractériser, et c'est ce que l'on a fait, sans prétendre toutefois que l'erreur puisse toujours être évitée. Mais enfin on a vu que certaines affections, qui souvent sans doute se développent sous l'influence d'autres causes que je ne dois pas rechercher, étaient aussi souvent dues à la cachexie syphilitique ; et, en ce sens-là, on a eu raison de les classer parmi les accidents de la syphilis. C'est donc à tort, suivant moi, que MM. Cullerier et Ratier disent que l'on a rangé dans un même groupe des affections très-diverses par

leur cause, leur nature. Quant au siége, si j'avais ici à m'occuper des affections secondaires, nous verrions que la syphilis constitutionnelle a une sorte de prédilection pour certaine partie (ce qui n'aide pas peu quelquefois le diagnostic), et que ce n'est pas sans raison que les syphilographes, enfin, ont rangé tant d'affections dans le cadre des maladies vénériennes.

On ne connaît pas l'étymologie du mot latin syphilis; quelques auteurs le font venir de συς, cochon, et φιλειν, aimer (amour sale, dégoûtant). Cette maladie est essentiellement contagieuse.

Le coït, d'infâmes baisers, l'allaitement, certains plaisirs que réprouvent la nature et la morale, tels sont, quand l'une des deux personnes est affectée de maladie vénérienne, les moyens de transmission du virus syphilitique. On a cité d'autres causes encore: Swediaur, par exemple, dit qu'en allant aux lieux d'aisance après un homme affecté de blennorrhagie, on pouvait gagner cette maladie. On a aussi parlé quelque part d'un individu qui, ayant mis le pantalon de son camarade atteint de chancres, avait été lui-même infecté de cette maladie. Mais c'est surtout quand deux membranes muqueuses sont en contact, ou quand il y a une excoriation de l'épiderme, que la maladie se transmet avec la plus grande facilité. Ainsi, les baisers sur la bouche peuvent donner lieu à un chancre des lèvres, de la langue. Une nourrice la transmet à l'enfant qu'elle nourrit, celui-ci à sa nourrice; un accoucheur la contracte en touchant une femme infectée. Une cuiller, une pipe, un verre sortant des mains d'une personne malade, pourraient, si une autre personne boit sur-le-champ à la même place que la première, transmettre la syphilis, si leurs bords étaient salis par du pus : ceci pourtant doit être rare, car il faut, pour que la contagion ait lieu, que le virus ne soit point refroidi; le calorique est nécessaire à la matière purulente pour qu'elle puisse s'inoculer. Swediaur fait la remarque qu'il est certaines personnes qui s'exposent impunément à la contagion; et de là il prend occasion de dire que sans doute, suivant les tissus sur lesquels le virus est déposé, et cela est vrai, son action est nulle, ou plus ou moins intense; puis aussi,

dit-il, cela ne dépendrait-il pas du plus ou moins d'âcreté de la matière virulente ?

Je ne sais si, pour expliquer un tel fait, il est nécessaire d'avoir recours au plus ou moins d'âcreté du pus, âcreté qui, pour le dire en passant, n'est pas toujours démontrable. Je ne sais pas, enfin, s'il serait aisé de savoir si la matière d'un chancre est plus ou moins âcre; mais ce que je sais bien, c'est qu'une personne qui a des chancres en apparence bénins, peut transmettre des chancres accompagnés de symptômes inflammatoires violents. Ici, bien évidemment, l'effet ne répond pas à la cause : d'un côté, symptôme bénin, de l'autre, inflammation vive, étendue.

« C'est ainsi, dit M. Ricord, que l'on voit des personnes affectées de chancres phagédéniques, et qui ont contracté cette maladie avec des individus qui n'avaient en apparence que des chancres bénins, et que cette opinion vulgaire, partagée par quelques médecins, qui veut qu'une maladie forte ait été contractée avec une personne très-gâtée, est absolument fausse. »

Il faut considérer, dans ce cas, et les tissus et l'idiosyncrasie de chaque individu en particulier. Quant aux tissus, il y a deux choses à voir : d'abord leur texture, puis leur vitalité. Il est évident que plus l'épiderme sera épais, moins la contagion aura de prise, et, par la même raison, il tombe sous le sens que celui dont le gland sera toujours découvert, et dont l'épithélium de la muqueuse sera durci par le frottement des vêtements, sera beaucoup moins exposé à la contagion que celui dont le gland est ordinairement couvert quand il ne se livre pas à l'acte de la reproduction. La vitalité des tissus n'est pas la même pour chaque individu, et c'est là ce que l'on est convenu d'appeler idiosyncrasie. Il y a, dans l'organisation de tous les êtres, une manière de vivre inhérente à l'être lui même : c'est, si je puis m'exprimer ainsi, la vie intime de l'individu : vie qui ne se manifeste à nous que par les phénomènes qui en émanent.

Or, prouver que la vie organique différencie pour chaque être en particulier, c'est prouver que l'organisme doit être diversement af-

fecté par les corps extérieurs. Le virus syphilitique peut-il faire exception à cette règle ? Non, sans doute ; il doit donc subir de nombreuses variétés dans la manifestation de ses symptômes.

Ainsi, si la proposition que je viens d'émettre est vraie, il est possible d'expliquer l'action plus ou moins intense de la matière syphilitique, sans avoir recours à l'âcreté du pus ; et puis, il y a toujours ce caractère de malignité qui nous échappe, et dont il faut bien aussi tenir compte. Je ne nie pas, en vérité, l'existence de l'âcreté dont parle Swediaur ; je suis, certes, bien loin de ne pas admettre qu'une cause active ne puisse produire des effets actifs ; seulement, j'ai voulu démontrer qu'il n'en est pas toujours ainsi, et que souvent, dans l'action des causes sur les organes, il y a quelque chose de complexe, d'inconnu, de difficilement appréciable.

On divise généralement aujourd'hui la maladie vénérienne en affections primitives et en affections secondaires. Ces dernières peuvent se manifester pendant la durée des premières, ou bien après leur guérison. Les affections primitives sont toujours locales, les secondaires, constitutionnelles ; de sorte que celles-ci procèdent toujours des premières par l'absorption du virus vénérien.

Les affections primitives, ai-je dit, sont toujours locales, telle est du moins l'opinion de MM. Cullerier et Ratier : elle me paraît vraie, tout à fait rationnelle, et je l'adopte. Cette localisation de la maladie dans son principe est un fait important dans la thérapeutique des maladies vénériennes.

La blennorrhagie, la balanite, les ulcères vénériens primitifs, se trouvent rangés dans la première division ; dans la seconde, la papule syphilitique, le symptôme, sans contredit, le plus caractéristique de la maladie vénérienne constitutionnelle, l'exanthème syphilitique et la pustule, occupent le premier rang. Puis, arrivent toutes les affections végétatives, tels que les choux-fleurs, les framboises, les crêtes de coq, les condylômes, les douleurs nocturnes, les maladies du périoste et l'altération du système osseux.

Là où il y a plus de follicules, disent MM. Cullerier et Ratier, se développent les chancres vénériens, et c'est sans doute, ajoutent-ils, parce que tel est le siége de ces affections, qu'ils offrent toujours la forme ronde; puis, ajoutent-ils encore, le virus déposé dans les follicules n'est probablement pas absorbé.

On pourrait répondre d'abord que, là où se trouve le virus, là paraît le chancre, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de follicules. Les parties génitales, il est vrai (certes, là les follicules ne manquent pas), sont le plus souvent affectées, et cela, pour de fort bonnes raisons : c'est parce que c'est presque toujours par ces parties que l'on s'expose à la contagion. L'anus est il toujours exempt de symptômes primitifs, le périnée, le scrotum, la face interne des cuisses, parties où le virus peut être déposé, ne sont-ils pas souvent ulcérés ? Et les lèvres, la langue, les yeux, dans les baisers impurs de toutes sortes, que l'imagination dépravée, immonde, de certains individus, a pu seule inventer, ne nous offrent-ils pas tous les jours des chancres vénériens primitifs ? Ainsi, partout où nous voyons l'application directe du virus vénérien, partout aussi nous en voyons les effets. Si l'opinion de MM. Cullerier et Ratier était vraie, les chancres devraient presque toujours se développer à la couronne du gland, là où les follicules sont si nombreux. Nous verrons tout à l'heure, en traitant des variétés des chancres, que leur siége varie comme les variétés elles-mêmes; que tantôt ils occupent le gland, tantôt sa base, tantôt sa surface. Quant à la forme ronde de l'ulcère vénérien, je ferai remarquer d'abord qu'elle n'est pas toujours ronde; mais le serait-elle toujours, ce ne serait pas une raison pour que l'on pût expliquer ce fait par les follicules. Si la maladie était circonscrite dans un seul follicule, on concevrait, à la rigueur, l'explication ; mais quand un ulcère a deux ou trois centimètres de diamètre, il me semble que l'explication de la forme ronde par les follicules est impossible. L'ulcère vénérien est rond, parce qu'il est de la nature du virus vénérien, par son action sur les tissus, de produire un tel effet. Le virus déposé dans un follicule n'est pas absorbé. Et pourquoi ne serait-il pas absorbé ? L'ab-

sorption existe partout; son siége dans un follicule ne l'empêchera pas d'être absorbé s'il doit l'être. Mais il ne l'est pas; pourquoi? Je n'en sais rien. Est-il absorbé lorsqu'on l'inocule? Non; car la maladie est toute locale d'abord. Et où donc ici sont les follicules? Le vaccin est-il absorbé quand on l'inocule? pouvez-vous le démontrer? Est-il un seul phénomène qui puisse vous le faire concevoir? Au contraire, les phénomènes qui se présentent à votre observation, après la période d'incubation, vous prouvent que la maladie est locale, puisque c'est dans le lieu même où a été déposé le vaccin que les boutons paraissent. Le virus vénérien serait-il un exception? Il était donc inutile d'avoir recours aux follicules pour prouver que la maladie est primitivement locale.

Puis, à quoi bon faire du virus déposé sur une partie une sorte d'être instinctif qui le fait se loger dans un follicule? N'était-il pas plus simple de le laisser sous l'empire de la matière?

Le virus est déposé sur une partie : il modifie alors probablement cette partie, il la pénètre par une sorte d'imbibition, jusqu'à l'apparition des accidents.

La maladie est locale. S'il en est ainsi, l'absorption du pus ne doit pas avoir lieu; car si l'absorption existe, la maladie n'est plus locale. Absorbé, le pus doit se trouver mêlé à nos humeurs, charrié avec elles; et alors la maladie est constitutionnelle d'emblée. Mais si l'on admet que primitivement la maladie est locale, ce qui est vrai; car là seulement où est déposée la matière virulente naît la maladie, est-il possible, vraiment, de faire voyager le germe dans toute l'économie, pour venir ensuite à son point de départ manifester ses phénomènes? La raison ne peut admettre une telle hypothèse; elle n'a même pas la vraisemblance pour elle. Mais si j'ai démontré que la maladie n'a pas pour siége exclusif les follicules plutôt qu'une autre partie, il reste donc alors l'explication que j'ai donnée, c'est-à-dire l'imbibition des tissus par le virus syphilitique, placé en dehors des voies de l'absorption, la modification particulière qu'il leur imprime avant l'apparition de la maladie vénérienne.

Les chancres ne paraissent jamais immédiatement après un coït suspect : ils sont toujours quatre ou cinq jours à se développer, quelquefois plus tôt, d'autres fois plus tard, quinze jours, par exemple ; mais ces cas sont rares. On appelle période d'incubation le laps de temps qui s'écoule avant la manifestation d'accidents syphilitiques.

Il semblerait que, dans une maladie aussi fréquente que l'affection vénérienne, qui a dû être bien observée, rigoureusement discutée, il ne puisse y avoir divergence d'opinion sur la forme initiale des chancres : eh bien! cependant cela n'est pas. C'est toujours par une pustule, disent certains auteurs, que commence le chancre. Cela est vrai dans la majeure partie des cas, leur est-il répondu; mais le chancre néanmoins peut être chancre d'emblée. Une négation est la réponse des premiers auteurs, qui alors ont recours au peu d'attention que fait le malade dans les premiers moments de la maladie, à la légère démangeaison qui existe sur la partie, démangeaison qui l'excite à se frotter, et, par conséquent, lui fait rompre la petite vésicule qui s'est développée. Un fait qui ne doit pas échapper, et qui est la cause de ces opinions contraires, c'est que les malades viennent rarement réclamer les secours de l'art dans la première période de leur maladie. Sans aucun doute, si les médecins pouvaient assister au développement de la maladie, toute divergence d'opinion cesserait.

Telle est, pour beaucoup d'auteurs (la pustule), la formation du chancre. Si, par la suite, il arrive des symptômes de gangrène, c'est parce que l'inflammation, disent-ils, a été trop forte; si le chancre est rongeant, c'est parce qu'on l'a irrité. Cela est vrai, sans doute, dans beaucoup de circonstances. Dire qu'une inflammation violente donne lieu à la gangrène, c'est un fait d'observation que personne ne niera. Il en est de même du caractère phagédénique que revêt un chancre irrité par des moyens irrationnels. Mais l'expérience a prouvé que le chancre pouvait être primitivement gangréneux ; il y a plus de doute sur le chancre phagédénique. Cependant M. Desruelles, ainsi que Carmichael, semble reconnaître que cette forme peut être primitive; mais seulement, dit M. Desruelles, elle est très-rare. En

s'exprimant ainsi, M. Desruelles n'admet-il pas le chancre phagédénique primitif? Quand une maladie est très-rare, elle existe : il me semble que cette conséquence n'est pas un paradoxe. Quoi qu'il en soit, à l'exemple de M. Rayer, je décrirai cinq variétés d'ulcères vénériens primitifs : 1° l'ulcère simple ; 2° l'ulcère induré ; 3° l'ulcère phagédénique; 4° l'ulcère gangréneux; 5° l'ulcère dégénéré. Les caractères tranchés que présentent ces ulcères me semblent légitimer cette division. Mais, comme la balanite et la blennorrhagie se trouvent rangées parmi les accidents primitifs, et avec raison, je vais, avant d'aborder l'histoire des chancres, faire celle de ces deux affections.

De la balanite.

La balanite est une inflammation de la surface externe du prépuce, et de la muqueuse qui recouvre le gland. On la distingue sous différents noms : c'est ainsi qu'on l'a appelée *fausse blennorrhagie, chaude-pisse bâtarde.*

Il est rare que la balanite soit le résultat du virus vénérien. Les causes qui la produisent peuvent se diviser en causes prédisposantes et en causes occasionnelles. Le phimosis naturel, le défaut de proportions entre les organes génitaux de l'homme et de la femme, la longueur excessive du prépuce, puis le défaut de soins de propreté, soit par négligence, soit parce que certains individus ne peuvent s'y livrer, par la trop grande étroitesse de l'ouverture préputiale: telles sont les causes prédisposantes de cette inflammation. Les causes occasionnelles sont : toutes les violences extérieures, le coït répété, la masturbation, l'application de substances âcres, leucorrhoïques, menstruelles ou lochiales, comme cela s'observe chez ceux qui ont eu commerce avec des femmes malpropres. Les dernières causes que nous venons d'énumérer sont aussi très-souvent productives de l'uréthrite; elles n'appartiennent donc pas spécialement à la balanite. Mais, parmi les causes prédisposantes de cette affection, j'ai placé les concrétions de matières sébacées, accumulées entre le gland et le

prépuce. Ces matières peuvent devenir d'une consistance très-résistante, et sans amener d'inflammation dans le moment actuel, elles entretiennent toujours une légère irritation sur les parties où elles siégent. Si maintenant l'individu ainsi organisé se livre soit au coït, soit à la masturbation, les parties ne peuvent pas glisser l'une sur l'autre : elles frottent contre un corps dur, résistant, et l'irritation qui déjà existait ne tarde pas à produire l'inflammation. Dans les mouvements du coït, quoique le prépuce ne puisse pas être ramené en arrière, s'il n'existe pas de concrétion, le glissement des parties l'une sur l'autre, quoique peu considérable, n'en existe pas moins. S'il y a des concrétions entre le gland et le prépuce, c'est sur ces concrétions qu'elles glissent : de là, irritation vive de la partie, et son inflammation. Il n'est pas nécessaire, du reste, pour expliquer l'inflammation du gland et du prépuce, d'avoir recours à la formation des matières sébacées : le volume du gland, la longueur et l'étroitesse du prépuce, les tiraillements qu'il éprouve par le gland, qui s'est gonflé, et tend à sortir par son ouverture dans l'acte du coït, suffisent pour que l'on puisse facilement concevoir l'apparition de cette phlogose. On a dit aussi que les matières accumulées deviennent âcres, enflamment la muqueuse, et produisent une blennorrhagie bâtarde. M. Jourdan dit que, chez les enfants, cette maladie est beaucoup plus fréquente que chez les adultes.

Un écoulement plus ou moins abondant, d'une odeur infecte de vieux fromage, s'écoulant par l'orifice du prépuce, caractérise suffisamment la maladie. Cependant, il est des sujets dont le prépuce est très-long, et l'orifice si petit, qu'on ne peut découvrir le méat urinaire : ici le diagnostic devient plus difficile. On pourrait concevoir, à la rigueur, qu'après une telle inflammation, il existât des adhérences entre le gland et le prépuce; mais ce cas est très-rare, à moins qu'il n'y ait des chancres. Cependant ce fait a été observé plusieurs fois par MM. Cullerier et Ratier, surtout lorsque la maladie s'est renouvelée plusieurs fois, qu'elle est, pour ainsi dire, passée à l'état chronique. Sous l'influence de cet état de chronicité, le prépuce s'engorge, des adhérences

se produisent, les fonctions du pénis sont difficiles, et peut-être, comme le prétendent MM. Roux et Hey, sont-ce là des causes du cancer de la verge.

Lorsqu'on examine les parties, on trouve la muqueuse enflammée, le gland est tuméfié, couvert d'un mucus purulent; quand le gland est découvert, le mucus est essuyé par les vêtements, sa surface irritée présente de petits espaces rougeâtres, qui semblent dépendre de la séparation de l'épithélium ou d'une fausse membrane très-mince, détachée par la suppuration. Le pronostic de cette maladie n'est jamais dangereux; elle peut pourtant être compliquée de chancres; le pronostic alors acquiert toute la gravité de la maladie vénérienne primitive.

De la blennorrhagie.

L'inflammation du canal de l'urèthre a été désignée sous le nom de *gonorrhée*, qui signifie écoulement de semence, de *chaudepisse*, à cause de la douleur brûlante qui accompagne l'éjection de l'urine; sous celui de *blennorrhagie*, qui veut dire écoulement de mucosité; et enfin, par le mot *uréthrite*, pour indiquer l'état inflammatoire du canal de l'urèthre. Cette inflammation a fixé de tous temps l'attention des praticiens. Dans ces dernières années, les expériences de M. Castelnau, de M. Ricord, ont jeté un grand jour sur la nature de la blennorrhagie, comme nous le verrons tout à l'heure. Quoique M. Castelnau n'adopte pas dans toutes ses conséquences l'explication que M. Ricord a donnée des diverses expériences qu'il a tentées sur l'inoculation de cette maladie, du moins ne la rejette-t-il pas sans appel, seulement il formule un doute.

L'uréthrite est-elle une maladie contagieuse, capable de donner lieu à des accidents vénériens consécutifs? Plusieurs praticiens recommandables se sont prononcés pour l'affirmative. D'autres ont nié la nature syphilitique de cette inflammation. Bell la repousse d'une manière formelle. Quoique son opinion me paraisse trop exclusive, je ne

la rapporte pas moins, parce qu'elle nous prouve que Bell n'admettait des symptômes secondaires que lorsqu'il avait existé des chancres. Si les expériences de M. Ricord sont concluantes, comme je le crois, Bell avait raison de ne pas admettre des accidents consécutifs sans ulcères vénériens primitifs. Ce qui fit son erreur dans la blennorrhagie, c'est parce qu'il ne lui fut pas démontré que des chancres, que M. Ricord appelle larvés, pouvaient exister dans le canal de l'urèthre. « La vérole, dit-il, est une maladie de la constitution qui ne se manifeste que quand le virus syphilitique a été absorbé par une partie quelconque de la surface du corps, le plus souvent par les organes de la génération; ce virus engendre alors des bubons, des ulcères sur diverses parties, surtout dans le nez, dans la gorge, des douleurs et des gonflements des os, etc. La vérole s'annonce par un chancre ou un petit ulcère, situé sur quelque partie de la verge. » Quant à ceux qui prétendent, comme M. Vidal, que l'on doit toujours, après une blennorrhagie, faire suivre un traitement général, ils s'exposent presque toujours à traiter une maladie qui n'existe pas.

Si, comme le dit M. Marjolin (cours de 1835), la majorité des médecins français est de l'opinion de Bell; si ensuite l'on considère que presque toujours c'est dans l'acte du coït que se trouve la cause de l'inflammation uréthrale, et que, par conséquent, c'est dans cette occasion que le diagnostic peut présenter de l'incertitude (car s'il est prouvé qu'une dartre, une affection rhumatismale, etc. etc., sont la cause de l'affection, toute incertitude cesse); on arrivera à cette conséquence désespérante, si l'on adopte l'opinion de ceux qui prétendent que toutes les fois (presque toujours, par conséquent), que toutes les fois, dis-je, que la blennorrhagie est le résultat d'un coït suspect, sa nature en est douteuse; que toute blennorrhagie doit être traitée comme la syphilis confirmée.

Ainsi, sur trente blennorrhagies que vous avez à examiner, vingt-neuf peut-être, et c'est presque certain, seront le résultat du coït; sont-elles ou ne sont-elles pas vénériennes? Eh bien! vingt-neuf fois sur trente, non. Vous administrez cependant le mercure, vous traitez

une maladie qui n'existe pas une fois sur vingt, comme si vous étiez certain de son existence. Je ne pense pas que cela soit rationnel.

Toujours est-il que l'on admet aujourd'hui que la blennorrhagie peut être syphilitique, mais que, dans la plupart des circonstances, elle ne l'est pas; l'inoculation seule peut lever tous les doutes.

Les causes de la blennorrhagie ont été divisées par MM. Cullerier et Ratier en causes physiques, chimiques, virulentes; peut-être serait-il possible de les diviser en causes prédisposantes et en causes occasionnelles. Ainsi, par exemple, on a dit que l'hypospadias était une cause prédisposante, parce que l'ouverture de l'urèthre se trouvait dirigée contre les parois du vagin. Cette cause, sans la nier, me paraît de bien peu de valeur pour expliquer la plus grande fréquence de la blennorrhagie chez les individus ainsi conformés.

D'abord l'hypospadias n'est déjà pas une maladie si commune, et pourtant combien est grand le nombre des blennorrhagies!

Je demande mille pardons si je me livre à la réfutation de la cause que je viens d'indiquer; mais on a tant insisté sur cet hypospadias, que je crois devoir en parler un peu.

Le gland est un corps conique, le vagin un canal dont les parois sont en contact dans l'intromission; le gland glisse entre les parois antérieures et postérieures, poussant au-devant de lui la muqueuse vaginale qui se trouve en contact avec l'extrémité du cône, là où se trouve l'urèthre. Pour s'assurer de ce fait, il suffit de passer une femme au spéculum: on voit alors les deux parois s'écarter au-devant de l'instrument, puis revenir de suite l'une sur l'autre, si on le retire un peu; de sorte que tant qu'on n'est pas arrivé au col de l'utérus, on a toujours une sorte de bourrelet appliqué contre l'orifice interne du spéculum. Si cet effet a lieu avec un spéculum, qui est loin de représenter la forme du gland, à plus forte raison doit-il exister pour le gland, qui doit en quelque sorte alors se trouver coiffé par la muqueuse. Sans nier d'une manière absolue l'influence de l'hypospadias, je crois que cette cause est d'une assez faible importance par les

raisons que je viens de donner. Il est encore une cause qui, comme celle dont je viens de parler, a échappé à tous les auteurs qui ont traité de l'uréthrite. Cette cause, la voici : le gland, comme je l'ai dit, est conique, mais s'élargit un peu en se relevant à sa base. Dans l'acte du coït, c'est cette espèce de rebord qui frotte contre les parois du vagin. Ce frottement, dans l'action d'introduire, tire les tissus en arrière, et entr'ouvre le méat urinaire. Cet effet, qu'il n'est point besoin de démontrer plus longuement, je pense, doit singulièrement augmenter les chances d'infection. On a aussi parlé du prolongement du prépuce, et enfin on a dit qu'il était des individus qui n'avaient aucune puissance de réaction contre le virus. Quant aux causes occasionnelles, bien évidemment elles rentrent dans la catégorie des causes physiques, chimiques et virulentes. Il est encore des écoulements qui ne proviennent pas des causes que je viens d'énumérer, c'est, si je puis ainsi dire, une cause indirecte qui les produit. Ainsi, une affection dartreuse, scrofuleuse, rhumatismale, goutteuse, hémorrhoïdale, peut occasionner des écoulements chez l'un et l'autre sexe. L'usage de la bière, la masturbation, un calcul vésical, peuvent la produire ; mais les flueurs blanches, les règles difficiles, des maladies au col de l'utérus, une vaginite, des ulcérations du vagin, les lochies, le coït répété, la femme étant saine d'ailleurs : telles sont sans contredit les causes les plus efficaces de la blennorrhagie.

Le début de la blennorrhagie n'a pas toujours lieu à la même époque, depuis le moment de l'action de la cause. La blennorrhagie de causes mécanique, rhumatismale, produite par des règles, par la malpropreté des femmes, paraît presque toujours peu de temps après l'action de la cause ; quelquefois le jour, d'autres fois le lendemain ou deux ou trois jours après. La blennorrhagie syphilitique, d'après les auteurs, met plus de temps à se développer. Cependant, malgré cette distinction, il ne faudrait pas *à priori* affirmer que la maladie est ou n'est pas vénérienne. La blennorrhagie est très-insidieuse dans sa marche, et je ne pense pas qu'il soit possible, avec d'aussi faibles données, de se prononcer sur la nature de la blennorrhagie.

Lorsque la blennorrhagie se déclare, l'orifice de l'urèthre est légèrement gonflé, le malade ressent un prurit douloureux, il y a chaleur, douleur commençante en urinant, mais l'écoulement n'existe pas encore. On a dit que la blennorrhagie syphilitique s'annonçait quelquefois par des douleurs dans les aines, dans la région sous-pubienne. Les deux premiers jours, il arrive quelquefois que l'écoulement est visqueux, quelquefois jaune verdâtre de prime abord, et assez abondant. Lorsque l'écoulement est verdâtre, soit qu'il ait débuté ainsi, soit qu'il ait succédé à l'écoulement visqueux, la douleur est plus forte avant et après la déjection de l'urine. Parfois, les veines du pénis sont gonflées, dures comme des varices. Chez certains sujets, il arrive que tout le canal est enflammé et présente des nodosités dans toute l'étendue de son trajet. Le siége primitif de la blennorrhagie est sans doute, comme on l'a dit, à la fosse naviculaire, c'est du moins là où la douleur est plus vive lors de la déjection de l'urine, soit avant, soit après. Si l'inflammation s'étend plus loin que les racines de la verge, des douleurs se font sentir au col de la vessie. Il arrive, chez des sujets, qu'il y a de fortes érections dans la nuit; si le sperme est éjaculé, il sort en bavant, laissant après lui une ligne de feu, comme le disent les malades, tant la douleur est cuisante; si cet état se prolonge, souvent alors la verge décrit un arc de cercle, dont la convexité est en haut et en avant, et la concavité en bas et en arrière. Voici comment s'explique ce phénomène: le canal de l'urèthre étant enflammé, les humeurs se portent avec abondance vers le pénis, les corps caverneux se gonflent, s'allongent, mais l'urèthre, primitivement gonflé et tendu, ne peut se prêter, comme dans l'état normal, à l'allongement des corps caverneux. Placé ici comme la corde d'un arc, il tire sur les corps caverneux, ceux-ci plient, et l'érection anormale a lieu, non sans de très-fortes douleurs. Quelquefois l'urèthre se rompt, et alors il survient une hémorrhagie abondante, qui soulage le malade sur-le-champ. Il survient assez souvent des engorgements dans l'aine. Les bubons ne s'abcèdent presque jamais. Quand cela a lieu, ne devrait-on pas voir dans la blennorrhagie

autre chose qu'une simple inflammation? Il serait curieux, dans ce cas, d'inoculer la matière mucoso-purulente de l'urèthre, et le pus du bubon, d'après la méthode de M. Ricord, c'est-à-dire, en incisant le ganglion enflammé, et en prenant la matière purulente qu'il renferme. La durée de la blennorrhagie ne peut pas être rigoureusement limitée : elle peut durer quinze jours, vingt jours, un mois, deux mois, à l'état aigu. Quand la blennorrhagie est intense, l'inflammation vive, le malade peut avoir la fièvre. Lorsque la blennorrhagie cesse, l'écoulement devient blanc, moins abondant, et alors reçoit le nom de *blennorrhée ;* celle-ci peut durer très-longtemps : quelquefois elle cesse pour reparaître ensuite; c'est à cette marche de la maladie que le vulgaire a donné le nom de *chaudepisse à répétition.* A la fin de la blennorrhée, l'écoulement devient moins abondant; change encore de couleur. Il est semi-transparent, puis transparent tout à fait, et la maladie cesse bientôt. Quand la blennorrhagie est très-intense, qu'elle s'étend jusqu'au col de la vessie, il y a quelquefois rétention d'urine, l'engorgement de la prostate produit aussi cet accident. Il n'est pas rare d'observer de petits abcès qui se forment le long du canal de l'urèthre. L'orchite est, sans contredit, l'accident le plus fréquent de la blennorrhagie, et, chose remarquable, c'est presque toujours au déclin de la maladie que l'épididyme s'enflamme.

L'ophthalmie blennorrhagique, si terrible dans ses conséquences, doit être notée parmi les complications de la blennorrhagie.

L'hydarthrose complique aussi quelquefois la blennorrhagie; les articulations du pied, du coude, du genou, sont le plus souvent affectées. M. J. Cloquet a remarqué que, chez les femmes, l'articulation iléo-fémorale est plus souvent prise que chez les hommes.

Des sensations extraordinaires de l'urèthre et des testicules de la vessie, dit M. Lagneau, doivent faire craindre l'impuissance; c'est une sorte de titillation, de fourmillement, du canal, des vésicules séminales, du col et même du corps de la vessie, de roulement ondulatoire des testicules, toujours très-incommodes. M. Desruelles admet quatre variétés de la phlogose uréthrale : 1° l'uréthrite de la

portion balanique ; 2° de la portion droite ; 3° l'uréthrite bulbeuse ; 4° l'uréthrite de la portion membraneuse. Je regrette de ne pouvoir ici m'étendre davantage sur les quatre variétés de la blennorrhagie admises par M. Desruelles. Je dois dire aussi que l'on a admis une blennorrhagie sèche ; cette expression est un contre-sens. Une douleur dans le canal de l'urèthre ne doit pas s'appeler blennorrhagie.

Le pronostic de cette maladie, si l'on considère que les rétrécissements du canal de l'urèthre sont dus, dans la grande majorité des cas, à d'anciennes blennorrhagies, est grave.

Un dernier mot sur le diagnostic de cette affection. Quand la blennorrhagie se développe, a-t-on dit (et je l'ai rapporté), cinq, six ou dix jours après le coït, on peut croire qu'elle est vénérienne, tandis que lorsqu'elle paraît immédiatement ou peu de temps après le coït, elle n'est qu'une simple inflammation. Fort bien ! si les cas étaient toujours aussi simples ; mais comment ferez-vous, par exemple, pour constater un tel fait chez un individu qui se livre tous les jours au plaisir de l'amour ? Il n'y a pas eu d'intervalle dans l'action des causes, comment ferez-vous pour juger ? Ne peut-il pas se faire que la blennorrhagie de cet individu soit le résultat simultané d'une cause physique et d'une cause spécifique ? Ici, bien évidemment, il est impossible de pouvoir porter un bon diagnostic. S'il était possible de visiter les organes de la femme, sans doute, par cet examen, le diagnostic acquerrait une plus grande précision ; mais qui ne sait combien cet examen est difficile à obtenir ! J'admets que la visite de la femme soit possible, croyez-vous par là éviter toute erreur ? La femme est saine, et cependant c'est elle qui a communiqué la blennorrhagie. Comment alors ? Le voici : cette femme, comme le dit M. Ricord, après avoir eu commerce avec des hommes malades, a servi, sans être atteinte elle-même, de véhicule à la matière virulente. Ainsi, en examinant la femme, l'erreur même n'est pas toujours évitée. Le spéculum, cependant, pourra servir à expliquer un fait qui, jusqu'à ces derniers temps, était resté sans explication : je veux parler d'une femme qui peut communiquer à la fois chancre et blennorrha-

gie ; en effet, on a vu qu'il existait alors une affection complexe, que des chancres se trouvaient dans le fond du vagin, en même temps que la muqueuse était phlogosée. Cette existence de deux maladies fait cesser tout ce qu'il y a d'extraordinaire dans la communication d'un chancre et d'une blennorrhagie à deux individus, par la même femme. Quant au fait rapporté plus haut, un seul moyen peut éclaircir toutes les difficultés; ce moyen, c'est l'inoculation ; l'avantage que ce mode de diagnostic nous présente est immense, par lui le doute ne peut plus exister. Que si donc la conviction n'est pas encore complète pour tous, maintenant que la voie est largement ouverte, je crois que l'on doit se livrer avec ardeur à de nouvelles expériences : il ne peut y avoir que gain pour la science et l'humanité.

Je ne fais que noter ici la blennorrhagie des organes génitaux de la femme, afin de ne point mériter le reproche d'une omission *involontaire.*

Ulcères simples.

Ces ulcères, aigus, contagieux, provenant d'une infection locale, et dont les bords ne sont ni durs ni calleux, et dont la base n'est point profondément indurée, sont, de tous les ulcères vénériens, les plus communs.

On les observe sur le gland, à la face interne du prépuce, à sa face externe. M. Rayer forme une variété d'ulcère simple, caractérisé surtout par l'élévation de son fond, qui finit par devenir saillant, par proéminer, et présentant une sorte d'aspect fongueux. M. Vidal appelle *pustuleuse* cette variété de l'ulcère vénérien. Une petite pustule, dont la durée est de deux ou trois jours, apparaît, soit sur la face interne du prépuce, soit sur le corps du pénis ; bientôt il se forme une croûte mince, elle tombe, et un petit ulcère *excavé,* de forme tantôt ronde ou ovale, paraît, entouré d'une auréole. Pendant l'espace de dix à douze jours, la maladie semble rester stationnaire; mais à cette époque, le fond commence à s'élever, il ne tarde pas à surpasser le

niveau de la muqueuse ou de la peau, offrant une surface lisse, polie.

Une autre variété d'ulcère simple a son siége à la base du gland; ils sont parfois excessivement nombreux : M. Cullerier en a compté jusqu'à dix-huit; M. Vidal, qui a aussi observé cette variété, dit que tous ces petits ulcères ne tardent pas à se réunir; l'ulcération est alors allongée, et comme ils se sont unis par leurs bords, l'ulcération est rétrécie plusieurs fois dans sa longueur.

Le début de ces ulcères ressemble beaucoup à une éruption : un petit point rouge, qui ensuite blanchit, ne tarde pas à donner lieu à un petit ulcère légèrement *excavé*. Aucune induration, soit à sa base, soit à ses bords, n'accompagne cette ulcération, dont le contour est aussi très-peu enflammé. Le fond en est couvert d'une pellicule grisâtre, tenant fortement aux parties sous-jacentes. Du quinzième au vingtième jour, cette matière se détache, l'ulcère s'élève, ses bords s'affaissent, et du trentième au quarantième jour, sous l'influence des soins de propreté et de légères cautérisations avec le nitrate d'argent, l'ulcère se cicatrise.

Tel est l'ulcère bénin dans sa plus grande simplicité; mais sous l'influence de la malpropreté, de la fatigue, de topiques irritants, il peut subir de nombreuses modifications : alors il s'irrite, saigne, sa surface est brunâtre, ses bords durs et calleux.

La balanite, la blennorrhagie, le phimosis, existent souvent avec ces ulcères. On les a vus compliqués de gangrène, d'un phlegmon au prépuce. Après la guérison de ces ulcères, on remarque une petite cicatrice blanchâtre, à peine déprimée. Quant à ces indurations profondes, livides, que l'on remarque si souvent après le chancre huntérien, jamais on ne les a observées dans l'ulcère bénin.

La propriété contagieuse que j'ai dit appartenir à ces ulcères suffit pour me dispenser d'ajouter que l'on a observé après eux tous les accidents de la vérole constitutionnelle.

Ulcère syphilitique induré (huntérien).

Cette forme de la maladie vénérienne primitive est beaucoup plus rare que celle que je viens de décrire. Nous avons vu que, dans l'ulcère vénérien simple , c'était surtout sur le prépuce , à sa face interne, à la base du gland, près de ce repli muqueux, ou bien encore sur le corps même du pénis qu'il se développait; ici il n'en est plus de même, c'est sur le gland que siége cette ulcération. Nous allons reconnaître, dans la description de cet ulcère, la forme que tous les auteurs qui ont écrit sur la maladie vénérienne ont assignée aux ulcérations produites par le virus syphilitique.

Ainsi, forme ronde, bords coupés à pic, surface grisâtre , jaunâtre, *excavée* , base présentant une induration considérable, inflammation assez vive , circonscrivant l'induration. Chose remarquable, l'induration sur laquelle repose l'ulcère peut être très-large, très-profonde, eu égard aux dimensions de l'ulcère lui-même. L'induration dont je viens de parler, au lieu de se fondre dans les tissus, finit brusquement, de sorte qu'elle est facile à borner. Cet engorgement des parties sous-jacentes , qui, quand le chancre siége sur le gland, est très-profonde, existe à peine quand on observe cette variété de chancre sur le pénis. La surface non *excavée* est d'une couleur livide, foncée, obscure; son fond est de niveau avec ses bords, ceux-ci et sa base toujours moins durs que quand le gland est affecté. La dimension de cet ulcère varie depuis la largeur d'une pièce de 50 centimes jusqu'à celle de 1 franc ; il est parfois plus large encore.

La blennorrhagie, la balanite, le phimosis, compliquent rarement le chancre huntérien, ce qui est le contraire, comme nous l'avons vu, pour le chancre simple.

Quand une irritation assez intense excite l'inflammation du chancre simple, il acquiert du gonflement et une légère induration; peut-on alors le confondre avec le chancre induré? Si je fais remarquer que l'induration légère du chancre simple se fond dans les tissus, tandis

que le contraire a lieu pour le chancre huntérien, et que, d'ailleurs, l'induration du chancre induré est beaucoup plus considérable, l'erreur pourra être facilement évitée. Je ne pense pas non plus, après la lecture de la description que je vais faire du chancre phagédénique et du chancre gangréneux, que l'on doive éprouver beaucoup de difficulté pour porter un diagnostic juste.

L'ulcère huntérien marche lentement, en comparaison du chancre phagédénique ou gangréneux, et puis les eschares de la gangrène ne permettent pas l'erreur dans l'ulcère gangréneux.

On observe, après cet ulcère, tous les accidents consécutifs; il est rarement douloureux, et laisse, après la guérison, une cicatrice profonde, unique, et, comme je l'ai dit dans le diagnostic différentiel de l'ulcère simple, des indurations profondes.

Ulcères phagédéniques.

Cette forme de la maladie vénérienne est-elle primitive? ou bien n'acquiert-elle le caractère phagédénique que quelques jours après son développement? Carmichael assure qu'il a vu l'ulcère simple avant d'être rongeant.

De forme irrégulière, déchirée, l'ulcère phagédénique s'annonce par sa marche progressivement envahissante. Plus souvent il étend ses ravages sur le prépuce que sur le gland, et c'est sans doute à cette variété de l'ulcère vénérien qu'il faut rapporter les perforations multiples du prépuce et de la fosse naviculaire, observées par M. Vidal. Tantôt il rampe avec lenteur, semble rester stationnaire; tantôt il détruit les tissus avec une effrayante rapidité; le prépuce, le gland, rongés par l'ulcère, disparaissent; la verge alors n'offre plus qu'un tronçon informe, qu'une sorte de champignon hideux.

Parfois il arrive que l'ulcère est erratique, son siége primitif se cicatrise; mais déjà une autre partie est frappée, puis il reparaît de nouveau à son lieu de départ, ne quittant enfin les tissus qu'après leur entière destruction.

Les bords de cet ulcère et sa base ne sont point indurés.

M. Rayer, qui avoue n'avoir jamais vu le chancre phagédénique à son début, se demande s'il commence par une élevure solide, par une vésicule ou une pustule, ou si d'emblée il est rongeant. M. Desruelles croit que la forme initiale phagédénique est rare; c'est, dit-il, par excès d'irritation que le chancre prend ce caractère. Au reste, M. Desruelles ne nie pas, comme on le voit, que le chancre rongeant ne puisse se présenter ainsi dès le début; seulement, dit-il, cela est rare.

Quand un ulcère simple tend à prendre, par un traitement inopportun, le caractère phagédénique, voici comment les choses se passent : je laisserai ici parler M. Desruelles.

« Quand un ulcère ordinaire, dit-il, devient rongeant, le malade éprouve du malaise, la peau est sèche, chaude, le pouls vif, fréquent; il y a de la soif, la langue est rouge à la pointe; l'ulcère devient le siége d'une chaleur et d'une démangeaison insupportable, suivie bientôt d'une douleur brûlante; il semble qu'un feu ardent soit appliqué sur l'ulcère. De temps en temps des élancements se font sentir, comme si un corps âcre et brûlant le traversait avec rapidité. Ces sensations douloureuses se propagent à la verge, les bords de l'ulcère se gonflent, une rougeur intense s'étend au loin, le fond est tapissé par une membrane d'une couleur grise, noirâtre, gaufrée, très-adhérente. L'ulcère s'accroît en largeur et en profondeur; le gland, le frein, sont détruits; ces progrès sont annoncés par la formation d'une fausse membrane grisâtre ou noirâtre, ou d'une couche putrilaginiforme, que l'on remarque à chaque pansement, et qui se renouvelle plusieurs fois; alors le malade perd l'appétit, les traits s'altèrent, la face se décolore, etc. etc. »

L'ulcère phagédénique peut, dans sa marche errosive, détruire une artère. Carmichael dit avoir été obligé de faire la ligature d'un vaisseau érodé. Les auteurs, M. Cullerier, Ratier, Vidal, Lagneau, parlent aussi d'hémorrhagies abondantes, survenues dans le cours de cette affection.

Par sa marche, son aspect, par l'absence de toute induration, l'ulcère phagédénique ne peut être confondu avec le chancre huntérien.

Quant à l'ulcère simple, lorsqu'il conserve ce caractère, la méprise n'est pas possible; mais quand, par une médication mal dirigée, il devient rongeant, il est difficile alors de savoir si tel a toujours été le caractère de l'ulcère que l'on observe, il n'y a que la présomption de plus ou moins de fréquence dans l'apparition des symptômes qui puisse ici faire pencher la balance.

L'ulcère phagédénique laisse toujours de profondes cicatrices; c'est surtout dans ce cas que l'on observe ces difformités de la verge, cet aspect couturé, si je puis ainsi dire, caractère indélébile de la maladie.

Ulcère syphilitique gangréneux.

Une petite tache noire, dit Carmichael, cité par M. Rayer, ressemblant à un grain de plomb, par sa couleur et ses dimensions, annonce l'apparition de la maladie. Déjà une eschare gangréneuse existe. Les jours qui suivent, l'eschare s'agrandit en largeur, elle devient profonde, et souvent elle a acquis une étendue considérable avant qu'un cercle inflammatoire se soit formé autour de la partie frappée de mort. Cependant l'eschare se borne, la séparation s'en effectue, mais à sa chute elle laisse après elle un ulcère phagédénique. Il y a dans cette maladie une sorte de malignité complexe, la gangrène paraît, un chancre rongeant lui succède, celui-ci est remplacé à son tour par une nouvelle gangrène, et ainsi de suite la gangrène et le chancre s'unissent, pour ainsi dire, afin d'exercer leurs ravages.

Dans ces alternatives de gangrène et d'ulcération, les parties deviennent le siége d'une douleur aiguë, elles prennent une teinte livide bleuâtre, c'est la formation d'une nouvelle eschare qui s'annonce; elle tombera bientôt, comme je l'ai dit, et laissera à découvert un chancre phagédénique.

Cette affection ulcérative et gangréneuse tout à la fois peut détruire tout le pénis. Cet effet est rare dans le chancre phagédénique;

il détruit bien quelquefois le gland, mais il s'arrête court, cette partie étant rongée. Si l'on se rappelle bien les caractères de cette affection, on ne pourra la confondre avec une gangrène du prépuce ou du gland, causée par un paraphimosis. Ici, après la chute de l'eschare, les parties se détergent, deviennent granuleuses, se couvrent de bourgeons charnus, et la plaie marche vers sa guérison.

Le pronostic est très-grave.

On observe, après cette affection, tous les accidents syphilitiques secondaires.

Ulcère syphilitique dégénéré.

MM. Lagneau, Devergie, rapportent des exemples d'ulcères simples, qui, par un traitement excitant, dégénérèrent en cancer. L'épithète que l'on ajoute à la suite de cet ulcère prouve assez qu'il n'est jamais primitif; c'est donc une dégénérescence d'ulcères vénériens, caractérisée surtout par des excroissances fongueuses.

Quand la dégénérescence doit avoir lieu, des douleurs intolérables se font sentir dans la partie, le chancre prend alors la marche envahissante de l'ulcère phagédénique (voyez *Ulcère phagédénique*). Le gland est détruit, et la verge présente l'aspect d'un choux-fleur.

Comme il ne rentre pas dans mon sujet de traiter du cancer de la verge, je borne ici tout ce que j'avais à dire sur cette maladie.

En faisant l'histoire des chancres, j'ai indiqué, comme les compliquant, le phimosis, la paraphimosis, la balanite, il me resterait à parler des bubons. Certes, si je pouvais dépasser les bornes d'une thèse, l'histoire de cet état pathologique ne serait sans doute pas la moins intéressante. Le bubon est, pour ainsi dire, placé entre les limites des accidents primitifs et des accidents tertiaires. Quand il s'est développé, il y a fort à craindre une syphilis constitutionnelle. Mais il n'est pas encore bien prouvé qu'elle soit certaine. Les inoculations curieuses de M. Ricord sur le pus des bubons me porteraient à croire que la syphilis constitutionnelle n'est pas une conséquence inévitable de leur appari-

tion. Mais, je le répète, je ne puis ici entamer l'histoire de cette affection. Quand j'ai traité de la blennorrhagie j'ai dû aussi passer sous silence les maladies de la vessie, de la prostate, de l'épididyme, de l'organe de la vision. C'était une nécessité pour moi, mais non un manque de bonne volonté : il en est de même pour le bubon.

Je vais maintenant terminer ce qui a trait aux chancres vénériens, en indiquant ce qu'ils offrent de particulier chez la femme, et suivant la partie où ils siégent, autre que les organes génitaux dans l'un et l'autre sexe.

Le chancre, chez la femme, peut exister dans toutes les parties génitales; cependant il est bon d'observer que son siége le plus fréquent est l'entrée de la vulve, les grandes et les petites lèvres, le vagin, etc. Il nous offre à considérer toutes les variétés que j'ai admises chez l'homme; il est donc inutile d'y revenir. Mais les rapports qui existent entre les parties génitales de la femme, la vessie en avant, et le rectum en arrière, peuvent donner lieu à des accidents que l'on ne remarque pas chez l'homme; ainsi, n'est-il pas possible qu'un ulcère phagédénique, placé dans le vagin, détruise, perfore la paroi antérieure ou postérieure de cet organe? la cloison qui le sépare de la vessie et du rectum arrive jusqu'à ces réservoirs, et donne lieu à une fistule vésico ou recto-vaginale? On a remarqué que c'était plutôt vers le rectum que les accidents avaient lieu. Le canal de l'urèthre a aussi été perforé. Il me souvient avoir entendu dire à M. Marjolin que quand une fistule produite par une telle cause existait, l'ouverture en était toujours peu considérable. Cependant ne pourrait-il pas se faire qu'un chancre phagédénique ou gangréneux fît une large communication entre le vagin et le rectum, ou la vessie et le vagin, en donnant lieu à une perte de substance assez étendue?

Les écoulements qui se font par la vulve, la proximité de cette dernière avec la région anale, la position déclive de la partie, sont autant de causes d'infection primitive pour l'anus.

Quand le chancre existe au mamelon, à la lèvre, les frottements répétés de ces parties peuvent bien lui faire prendre un aspect de

mauvais caractère, et faire croire à l'existence d'un cancer. La maladie même peut subir une dégénérescence, et un véritable cancer se former. Toutefois, comme l'affection cancéreuse a pour point de départ le virus syphilitique, la cachexie cancéreuse doit être bien moins à craindre que quand la cause du carcinôme est inconnue. La maladie est locale et dans les meilleures conditions possibles pour la guérison. Quand le chancre existe à la lèvre, à l'anus, entre les plis rayonnés de cet organe, sa forme prend celle de la partie. On a dit que la marche du chancre était limitée, et que, malgré le traitement, il parcourait ses périodes. Cette manière de voir me paraît trop absolue, et j'ai bien du mal à croire qu'un chancre phagédénique ou gangréneux ait ainsi une durée fixe, et que le traitement ne puisse pas modifier la marche de la maladie. En face d'une maladie telle que celle qui nous occupe, proscrire un traitement actif, mais rationnel, c'est, je crois, donner un bill d'indemnité à l'ignorance. La médecine ne doit pas ainsi avouer son impuissance, et se croiser les bras quand elle possède de si héroïques moyens.

Quand j'ai décrit les accidents primitifs, j'ai donné le pronostic de chaque affection particulière. Je vais terminer par quelques considérations sur la marche de la syphilis, sur son pronostic et sur son diagnostic pris en thèse générale.

La marche de la syphilis et sa durée, comme affection primitive locale, sont assez régulières, disent MM. Cullerier et Ratier. Nous avons vu, en parlant des chancres, qu'une cause irritante, la fatigue, un état général inflammatoire, un traitement intempestif, pouvaient singulièrement changer la marche de la maladie. J'ai dit aussi qu'il n'était pas du tout prouvé que, même dans les meilleures conditions possibles, la maladie gardât toujours son caractère franc, régulier. Il ne faut jamais oublier que la maladie vénérienne est très-insidieuse dans sa marche, et que l'on est en face d'une maladie spécifique, dont la malignité peut déconcerter toutes les prévisions.

Ayant admis cinq variétés de chancre, il est évident que la marche de la syphilis doit varier comme ces variétés elles-mêmes; mais si

nous supposons le chancre dans sa plus grande simplicité, chez une personne saine d'ailleurs, dans de bonnes conditions hygiéniques, il est probable qu'une période de trente ou quarante jours suffira pour la guérison de la maladie. Il est très-rare de rencontrer toutes les conditions hygiéniques dont je viens de parler; cela est possible, peut-être, dans les hôpitaux. Là, en effet, les malades sont forcés de s'astreindre aux règlements qui les régissent; mais en ville, en est-il de même? Qui ne sait que presque toujours les conseils du médecin ne sont qu'à moitié observés? aussi arrive-t-il souvent, dans ces circonstances, que la marche de la maladie n'est pas régulière. Quoi qu'il en soit, néanmoins, quand le malade se trouve dans les bonnes conditions que j'ai indiquées, et que la marche de la maladie est régulière, une période de quarante jours doit en être le terme.

La marche de la syphilis constitutionnelle n'est plus aussi simple; il est impossible de lui assigner une durée; le traitement seul peut la fixer.

La syphilis est rarement mortelle; c'est presque toujours par la guérison qu'elle se termine; mais dire, avec presque tous les auteurs, qu'il est sans exemple que l'on soit mort de maladie vénérienne, c'est être trop absolu. Si les symptômes primitifs menacent rarement l'existence, il n'en est pas de même des accidents secondaires. J'ai vu il y a quelque temps, dans le service de M. Cruveilhier, à la Charité, un homme dans le dernier degré de la cachexie syphilitique, dont l'os frontal était nécrosé, mourir bien certainement d'une maladie syphilitique invétérée; il s'est éteint, usé par la maladie.

Il serait facile, ce me semble, de prouver que toutes les maladies vénériennes qui s'attaquent au périoste, aux tissus osseux, ne sont pas toujours d'une médiocre gravité. Ici l'effet est manifeste, personne ne peut le contester; mais en est-il de même quand il s'agit de la souffrance d'un organe interne? est-ce bien la syphilis à laquelle, dans ce cas, on a donné le nom de *larvée*, qui est la cause des phénomènes qui se présentent? M. Cullerier et Ratier nient formellement cette forme de la syphilis constitutionnelle. Faut-il ajouter une foi

sincère dans les observations qui ont été publiées sur ce sujet? La question est délicate, et je n'ose me prononcer. Cependant on trouve dans la *Gazette médicale*, année 1836, p. 502, plusieurs observations du docteur Bœrr, qui paraissent dénoter l'influence du virus syphilitique sur les organes internes, le cerveau, le foie, les poumons, la plèvre, etc. S'il était bien prouvé que le foie, le cerveau, les poumons, la plèvre, puissent être attaqués par le virus vénérien, croit-on ici que la mort ne serait jamais le résultat de la syphilis? Que si maintenant l'on me demandait mon opinion sur la syphilis attaquant les organes contenus dans l'une des grandes cavités, je répondrais que je doute, et que le doute en pareille matière me semble assez légitimé.

La maladie vénérienne est héréditaire. Personne aujourd'hui ne conteste que des enfants sont venus au monde avec tous les caractères de la vérole. C'est la papule syphilitique qui est le symptôme caractéristique de la syphilis chez le nouveau-né. Je ne décris pas ici la syphilis constitutionnelle de l'enfant qui vient de naître, j'indique seulement l'hérédité de la syphilis.

Si l'on se souvient bien des caractères que j'ai assignés à chaque variété de la maladie vénérienne, si ensuite l'on considère l'ordre dans lequel les tissus sont le plus souvent malades, le système muqueux dermoïde fibreux et osseux, si l'on a aussi égard au siége de l'affection, à cette sorte de prédilection du virus vénérien pour certaines parties, et aux circonstances commémoratives avec tous ces éléments, le diagnostic sera souvent assez facile. Les accidents primitifs sont presque toujours facilement diagnostiqués. Si on se trouvait embarrassé, l'inoculation est là comme pierre de touche.

Mais, quand la maladie est constitutionnelle, il faut alors parfois toute la sagacité d'un médecin consommé pour ne pas commettre d'erreur; on peut bien faire des suppositions, se rattacher à une idée plus qu'à une autre; mais la certitude n'existe pas toujours. J'ai vu trop souvent les praticiens les plus exercés se trouver indécis, pour qu'il me soit permis d'émettre une autre opinion.

QUESTIONS

SUR

DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

I.

De la marche de la syphilis.

Je n'ai rien à dire sur cette question. L'*histoire de la syphilis,* que j'ai tracée dans la première partie de ma thèse, me dispense de traiter ici d'une manière générale de la marche de cette affection.

II.

Des causes principales de la claudication, considérée comme mode fonctionnel permanent.

La claudication, dit M. Sédillot, n'a jamais été considérée en elle-même comme une affection chirurgicale distincte, mais seulement comme un symptôme ou un effet des lésions dont elle indique l'existence, et auxquelles son histoire se trouve naturellement liée. Pour étudier les causes de la claudication, il me faudrait donc, d'après ce

qui vient d'être dit, passer en revue tous les états pathologiques qui y donnent lieu. Ce serait une pure énumération aussi fastidieuse qu'inutile, car on ne peut pas supposer sans doute que je doive faire l'histoire de toutes les affections chirurgicales dont la claudication n'est qu'un symptôme. Mais, comme l'observe M. Sédillot, la claudication a un certain nombre de caractères qui lui sont propres. Ce sont eux que je vais tâcher d'indiquer.

Pour démontrer le mécanisme de la claudication, je vais tout d'abord dire un mot de la marche chez un homme sain. En procédant ainsi, j'aurai le double avantage d'énumérer les causes de la claudication, et d'expliquer leur action.

Supposons un homme sain, debout, les pieds rapprochés l'un de l'autre: si cet homme veut se diriger en avant, il placera d'abord le corps en équilibre en s'inclinant sur l'un des deux pieds; ensuite, trois mouvements combinés seront nécessaires pour qu'il puisse faire un pas. J'admets que c'est le pied droit qui est le premier détaché du sol, 1° flexion de la cuisse sur le bassin; 2° de la jambe sur la cuisse; 3° du pied sur la jambe; dans cette position, le genou est dirigé en avant; mais bientôt toutes les articulations s'étendent pour augmenter la longueur du membre; la cuisse cependant est encore légèrement fléchie sur le bassin, le pied forme avec la jambe un angle très-ouvert, et vient s'appuyer fortement sur le sol du talon vers la pointe; le membre alors est projeté en avant de l'autre membre qui est resté immobile. Le pied gauche maintenant, toujours fixé au sol, s'étend vivement sur la jambe, imprime au tronc un mouvement d'impulsion en avant. Dans ce mouvement, la ligne de sustentation du corps, qui se trouvait sur le membre resté en arrière, passe sur celui qui se trouve sur un plan antérieur; le second pas se compose des mêmes mouvements que je viens de décrire.

Tel est le mécanisme de la marche: il y aurait bien encore à parler de l'inclinaison du tronc, lorsque le talon appuie sur le sol. Car alors la hauteur totale du corps est diminuée par l'obliquité du membre. Il y aurait aussi quelque chose à dire sur le mouvement de latéralité des

épaules, qui suivent toujours le membre qui se jette en avant. Mais, comme ces mouvements sont réguliers et identiques de chaque côté, il est évident qu'ils ne seraient d'un médiocre secours pour expliquer le mécanisme de la claudication, qui ne peut avoir lieu que lorsqu'il existe une inégalité absolue ou relative dans la longueur des membres abdominaux. Je vais cependant dire un mot de l'inclinaison du tronc dans la marche.

Dans l'action de marcher, le tronc s'incline du côté du membre qui se trouve en avant. Quand le membre resté en arrière quitte le sol, le tronc se redresse sur le membre qui est placé sur le plan antérieur, pour conserver l'équilibre; quand le membre qui était resté en arrière se trouve placé en avant, le tronc s'incline de nouveau sur ce membre; si les deux membres sont égaux, ces inclinaisons alternatives du tronc sont égales; mais pour que le boitement ait lieu, il faut pour cela que le tronc dans la marche s'incline plus d'un côté que d'un autre; donc, toutes les fois que cette inclinaison anormale aura lieu, nous dirons qu'il y a claudication.

Ainsi, si les membres abdominaux sont égaux en longueur, la marche, qu'elle soit heurtée, disgracieuse, dandinée, si je puis ainsi dire, l'inclinaison anormale n'a pas lieu, il n'y a pas claudication. Un exemple va rendre ceci plus clair; supposons un individu porteur de deux pieds-bots en dedans, et voyons ce qui se passe : chez cet homme, sans doute, la marche est difficile; pour faire un pas, il est forcé de faire décrire à chaque pied un arc de cercle en dehors, et de passer alternativement les pieds en avant et au-dessus l'un de l'autre. Mais il n'y a ici rien d'irrégulier, tous les mouvements sont identiques, il n'y a donc pas claudication. Dans cette difformité, cependant, les membres, par la non-extension du pied sur la jambe, sont plus courts, d'une manière relative, que les membres d'un homme sain et de même stature, mais ils sont égaux; par conséquent, le boitement ne peut pas exister. Si maintenant la lésion n'est pas la même des deux côtés, il est évident pour tout le monde, comme je vais le démontrer, que la personne ainsi affectée sera boiteuse.

L'inégalité qui existe entre les membres abdominaux, ai-je dit, est absolue ou relative. Quand elle est absolue, quelle que soit la position de membre, il sera toujours plus court. Si elle n'est que relative, elle n'existera que dans certaines positions du membre, et non pas d'une manière constante. Une fracture avec chevauchement, une perte de substance de toute l'épaisseur d'un os, les articulations étant saines, voilà l'inégalité absolue. Si nous considérons ce qui arrive dans l'inégalité relative, ici le mécanisme et les causes de la claudication ne présentent plus le caractère de simplicité que nous avons rencontré dans l'inégalité absolue; et il devait en être ainsi, puisque l'irrégularité n'existe que dans certaines positions du membre; cette irrégularité de longueur, par cela même, doit nous offrir des conditions variées. Le pied est-il ankilosé, par exemple, à angle droit sur la jambe, dans la station verticale, les pieds rapprochés et sur la même ligne, les membres sont égaux; mais dans la marche, l'inégalité relative se dessine alors, car nous avons dit, dans l'étude du mécanisme du pas, que le pied, qui se trouvait en arrière pour lancer le corps en avant, s'étendait sur la jambe; mais ce mouvement est impossible, puisque le pied est fixé à angle droit sur la jambe; le genou est forcé de se fléchir alors, mais la flexion raccourcit le membre; donc la claudication doit exister.

Dans le pied-bot équin, le pied est plus long. Existe-t-il une luxation de la cuisse, l'un des deux membres est plus court. Dans tous ces cas, le résultat est toujours le même; car, en définitive, un des membres est plus court que l'autre d'une manière relative.

Dans le pied-bot unique, en dedans ou en dehors (*varus valgus*), une fracture du péroné, avec renversement du pied en dehors. Dans les luxations du pied, ce sont toujours les mêmes effets qui se présentent à l'observation.

Si c'est à un pied équin que nous avons à faire, les conditions se trouvent changées, les effets ne doivent plus être les mêmes : il y a bien toujours claudication, mais ce n'est plus ici parce que le membre malade est plus court, mais bien parce qu'il est plus long d'une manière relative. Ainsi, quand je dis que les effets ne doivent plus être

les mêmes, il ne faut pas prendre cette expression à la lettre, car évidemment alors je commettrais une erreur, mais avoir égard seulement à la différence des mouvements qui se passent dans le membre malade; en ce sens-là, je crois avoir raison de dire que les effets ne sont plus les mêmes; car, dans le premier cas, il était trop court, dans le second il se trouve trop long; donc les conditions n'étant plus les mêmes, les résultats doivent changer. Cependant il y a deux manières encore ici d'envisager la question : il y a une double cause de claudication. En effet, si la personne affectée de cette difformité ne cherche point à rétablir l'égalité de longueur qui devrait exister dans les deux membres, l'un étant plus long (le pied équin), le boitement n'a pas besoin d'explication, tant il est manifeste. Mais si elle cherche à rétablir l'égalité de longueur, c'est alors le pied affecté qui devient relativement plus court, d'abord, parce que dans ces sortes d'affections il n'a pas acquis le même développement que le pied sain; puis ensuite, parce que le pied étant ankilosé, tous les mouvements se passent dans le genou et s'exécutent aux dépens de la longueur totale du membre.

Voilà donc, comme je le disais, une double cause de claudication.

Si nous supposons maintenant la jambe fortement étendue sur la cuisse et ankylosée, dans cette position nous allons avoir à étudier une nouvelle cause de claudication. La longueur absolue des membres est la même des deux côtés; mais, dans certains mouvements, dans la marche, le membre ankylosé se trouve trop long. En effet, nous avons vu, dans le mécanisme de la marche, que la cuisse se fléchissait sur le bassin, la jambe sur la cuisse, et que le pied était étendu sur cette dernière : ici évidemment la flexion de la jambe ne peut pas avoir lieu quand elle se détache du sol, pour que la jambe soit projetée directement en avant, mais cette flexion est nécessaire; pour y remédier, le malade place alors son membre dans une position oblique, et porte, par un triple mouvement d'abduction, de rotation et de flexion de la cuisse, le membre en avant, en lui faisant décrire un arc de cercle; il marche, comme on le dit, en fauchant. Il y a donc inégalité de longueur relative.

Si le bassin est oblique, par une déviation considérable de la colonne vertébrale, quoique les membres soient parfaitement sains, l'obliquité du pelvis est une cause manifeste de claudication. C'est toujours l'inégalité de longueur relative. Les points d'appui du fémur ne sont plus sur le même plan, l'un est plus élevé que l'autre. Ce défaut de niveau dans les points d'appui explique parfaitement la claudication.

Je viens de présenter aussi succinctement que possible les conditions qui renferment la plupart des causes de la claudication. Il me resterait maintenant à parler de toutes les variétés d'état pathologique qui peuvent y donner lieu. Mais comme, en définitive, l'explication reste toujours la même, je vais, d'après M. Breschet, en énumérer seulement quelques-unes.

Presque tous les vices de conformation, dit-il, dans lesquels les pieds sont renversés en dedans, en dehors, ou inégalement développés, produisent la claudication. Ainsi, les pieds-bots, équin, les luxations du pied, les fractures du péroné mal réduites, etc.; la coxalgie, cause du boitement, d'abord par l'allongement du membre, puis par son raccourcissement. Les fractures de la cuisse, de la jambe, du calcanéum, mal consolidés, les luxations des os du bassin ayant chevauché les uns sur les autres (je ne sais si ce cas a été observé), car il faudrait une puissance énorme pour produire un tel effet, et je doute fort que le malade survécût à une telle secousse; l'ankylose, etc. etc., tels sont les états pathologiques qui donnent lieu à la claudication.

III.

Des excurvations de l'épine qui peuvent être combattues avec espoir de succès par des moyens mécaniques; quelles sont celles qui sont incurables, et qu'il serait dangereux de traiter par ces moyens?

Cette question, très-simple, est une de celles qui m'ont le plus embarrassé, et cela, parce que je ne pouvais saisir le sens du mot *excurvation.*

Je crus d'abord qu'il était synonyme d'incurvation, mais alors j'aurais eu à traiter toutes les courbures de la colonne vertébrale, et cette question, si vaste, ne pouvait être celle d'une thèse.

Il me vint à l'idée que ce mot signifiait peut-être redressement des courbures naturelles du rachis. Cette idée était mauvaise, elle ne me conduisait à rien, et puis d'ailleurs le verbe latin *curvare* a toujours voulu dire courber; je ne pouvais donc pas m'arrêter longtemps à une telle pensée.

Les courbures latérales de la colonne vertébrale avaient-elles été désignées sous ce nom? Je n'en savais rien. Je me pris alors à chercher, et dans les dictionnaires et dans les auteurs, mes recherches furent vaines; partout je ne vis que les expressions *courbure*, *déviation*, *incurvation*, ou la nomenclature basée sur l'étymologie grecque. Que voulait donc dire ce mot *excurvation?* Etait-il l'opposé de *incurvation?* Mais alors, comment l'entendait-on? C'était une énigme dont je ne pus trouver le mot, surtout en réfléchissant que le mot *incurvation* n'est pas un mot composé. Si l'on cherche dans le Dictionnaire latin le substantif *incurvatio*, on trouve (action de courber, courbure). Si ce mot était composé de *in* et *curvare*, je devais trouver le mot *excurvatio*, composé de *ex* et *curvare;* mais ce mot n'est pas latin, il n'existe pas. Qu'est-ce donc que ces excurvations de la colonne ver-

tébrale ? Qu'est-ce donc que ce nom de nouvelle formation, sans étymologie ?

Si je disais que j'ai fait une étude spéciale des déviations de la colonne vertébrale, personne ne me croirait, car, en général, nous ne sommes pas en position de pouvoir étudier ainsi ces maladies, si longues dans leur traitement. Si je disais ensuite que j'ai lu tout ce qui a paru dans les journaux ou dans des mémoires qui ne sont pas toujours faciles à trouver, on pourrait, avec juste raison, mettre en doute mon affirmation. On ne sera donc pas étonné, après l'aveu que je viens de faire, si je ne connais pas les travaux des Anglais sur les déviations de la taille, et, à vrai dire, je ne pense pas qu'une telle ignorance puisse me rendre bien coupable aux yeux de mes juges. J'ai parcouru (et cela, je devais le faire) la plupart des ouvrages qui traitent *ex professo* de la matière, et je dis que je n'ai pas une seule fois trouvé le mot *excurvation*. Delpech n'en parle pas le moins du monde ; M. Bouvier, dans son article, dans le Dictionnaire en 15 vol., s'empare des racines grecques pour faire ses divisions, mais il ne parle pas des excurvations ; et il fait bien, car le mot *excurvation* n'a aucune signification, si l'on ne sait par avance quelle maladie de la colonne vertébrale il sert à désigner. Je conçois que l'on puisse prendre le contre-pied d'une question, qu'on la comprenne mal ; mais que la signification d'un mot qui ne se rattache à rien, qui n'a pas de synonyme dans aucune langue, puisse vous arrêter court, la position alors est désespérante, pénible, profondément accablante. C'est ce qui m'est arrivé. Je ne savais de quel côté me tourner, et il me fallait promptement la solution de cette question, quand il me vint à l'idée d'aller trouver M. le docteur Bouvier ; je dois ici remercier, dans l'effusion de mon âme, M. Bouvier, de l'aménité et de l'extrême affabilité avec laquelle il m'a reçu. Chez lui, comme cela devait être, je sus bientôt ce que je voulais savoir, je sus bientôt que l'excurvation de l'épine était la courbure en arrière du rachis, et que cette dénomination était due aux travaux des Anglais ; je ne les louangerai vraiment pas d'une si heureuse inspiration. Dès lors, je compris ma question.

Je prie mes maîtres de me pardonner cette digression un peu longue pour un mot, mais ce mot était tout pour moi, sans lui je ne pouvais complétement remplir ma tâche.

Courbure en arrière, *cyphose* (κύφωσις). — Cette déviation de la colonne vertébrale peut être générale, ou n'occuper qu'une ou deux régions, ou seulement quelques vertèbres.

Cette courbure de la colonne vertébrale est très-fréquente chez les vieillards et chez l'enfant; on l'observe néanmoins dans tous les âges de la vie. Chez l'enfant qui ne marche pas, la colonne vertébrale est une tige droite, mais très-flexible. Si on le place dans la station verticale, le rachis décrit une courbure à concavité antérieure. Si à cette prédisposition nous ajoutons une position vicieuse, la faiblesse des ligaments et des muscles, le poids de la tête et des viscères qui tendent à fléchir le tronc en avant, ne se trouvant plus contrebalancés par la force des ligaments et l'action musculaire, l'épine se courbera en arrière.

Chez les vieillards, la cyphose a toujours pour cause une position vicieuse longtemps prolongée : toutes les professions qui, pour être exercées, forcent le corps à se pencher en avant, doivent produire et produisent en effet l'incurvation de l'épine dorsale. Il est rare que la faiblesse musculaire amène cet état chez les vieillards.

Dans l'âge adulte, cette affection est rarement portée à un haut degré, et cela, parce que la position vicieuse qui la produit n'exerce son action que par intervalle. Cette cause, en effet, qui a besoin d'être longtemps prolongée pour vaincre la puissance des muscles postérieurs, est loin d'agir d'une manière continue; aussi, malgré sa fréquence, n'est-il pas commun de voir la voussure du dos. Quand la fatigue sollicite l'homme forcé de se courber pour son travail, à prendre du repos, l'épine reprend de la souplesse, les muscles de l'énergie; l'action de la cause est interrompue, et la flexion n'a pas lieu. Chez les jeunes filles, dont le caractère est doux, peu joueuses, peu

folâtres, qui ont pris tout à coup un accroissement rapide, la courbure de l'épine est fréquente. Cette fréquence de la cyphose s'explique facilement ici, par les habitudes sédentaires du jeune sujet, par les différents genres d'études auxquels il se livre, par la laxité des ligaments vertébraux, leur peu de résistance, et la débilité du système musculaire. Les jeux auxquels les jeunes filles prennent part ne sont guère propres, dans la plupart des circonstances, à donner de la vigueur aux muscles; aussi, ceux-ci, démesurément distendus, perdent la faculté de se contracter avec assez de force pour ramener l'épine en arrière; elle se fléchit de plus en plus, et la difformité se dessine.

La raison que je viens de donner de la déviation du rachis chez les jeunes filles nous explique pourquoi cette déviation est moins fréquente chez les jeunes garçons. Ceux-ci, en effet, sont beaucoup plus bruyants, ils changent souvent de position, et se livrent, dans leurs moments de récréation, à de grands mouvements. Le système musculaire alors prend de la tonicité, et maintient la colonne vertébrale dans sa direction normale.

Les femmes qui ont toute leur vie mis des corsets, quand elles arrivent à l'âge où la coquetterie n'est plus permise, abandonnent souvent, pour se trouver plus à l'aise, cet instrument de toilette, et la déviation de l'épine se produit. C'est toujours par la faiblesse des muscles de la partie postérieure qui, étant restés longtemps dans l'inaction, ne peuvent plus soutenir l'épine.

Il est des individus faibles, cacochymes, qui présentent une laxité si grande des ligaments vertébraux, que l'épine s'infléchit, suivant la position qu'ils prennent; mais c'est presque toujours en avant que cet effet se produit, à raison de la grande tendance du tronc à se courber dans cette direction.

Je n'ai pas parlé jusqu'à présent, dans la difformité qui nous occupe, des muscles de la partie antérieure; c'est que, en effet, ils ne jouent aucun rôle dans la production de la cyphose. Pour s'en assurer, il suffit de faire remarquer que ces muscles, non-seulement ne sont pas contractés, mais encore relâchés dans la flexion. Mais, quand des

personnes courbées depuis longtemps cherchent à se redresser, les muscles de la partie antérieure se tendent; et cela se conçoit, si l'on réfléchit que les muscles relâchés, nourris pendant plusieurs années dans cet état, se sont raccourcis. Mais le rhumatisme des muscles de la partie postérieure, par la douleur vive que le malade ressent quand il veut ramener le tronc en arrière, est une cause, sinon fréquente, du moins assez puissante de la cyphose.

Le plus ordinairement, la maladie débute par le cou, et la flexion de l'épine, dans la région dorsale, n'a lieu que consécutivement: les enfants dont la tête est volumineuse et mal soutenue, les jeunes gens myopes, les jeunes filles faibles, délicates, dont le cou est allongé, sont prédisposés à ce genre d'affection.

Il est très-important, pour la thérapeutique de cette difformité, de bien distinguer la cyphose essentielle de la cyphose symptomatique. La courbure anguleuse dans la maladie de Pott, la saillie d'une apophyse épineuse dans le début, une douleur sourde dans un point de la colonne vertébrale; si plusieurs vertèbres sont déviées, l'irrégularité de la courbure, et enfin la paralysie des membres, du rectum, de la vessie, les abcès par congestion, etc., la courbe arrondie de la cyphose, la régularité de l'arc que forme la colonne, tous les symptômes négatifs d'une carie des vertèbres, tels sont les caractères qui différencient l'incurvation de l'épine en arrière et la maladie de Pott.

Les caractères anatomiques varient suivant l'âge des sujets. La laxité des ligaments, la faiblesse des muscles, sont les seules lésions que l'on rencontre chez certains individus qui avaient une vie languissante et une grande flexibilité de la colonne vertébrale. L'amincissement des vertèbres en biseau de la partie postérieure vers la partie antérieure est très-considérable chez ceux dont la courbure existait depuis longtemps. Si la courbure est partielle, le caractère que je viens de noter est très-prononcé, il l'est moins si la cyphose est générale. On conçoit, en effet, que, dans ce cas, l'amincissement se trouvant réparti sur toutes les vertèbres, doit être poussé moins loin que quand l'incurvation n'existe que sur une partie du rachis. Chez les vieillards,

il n'est pas rare de rencontrer la soudure des vertèbres par l'ossification de leurs ligaments, ou par des lames osseuses qui passent d'une vertèbre à une autre vertèbre.

L'affaissement de la partie antérieure du corps des vertèbres et l'inflexion de la colonne vertébrale qui en est le résultat, doivent, en même temps qu'ils rapprochent les vertèbres sur leurs parties antérieures, éloigner les apophyses épineuses les unes des autres. On a même vu, dans la flexion extrême, l'écartement des vertèbres transverses. Les côtes sont rapprochées; le sternum, pressé par les deux extrémités, se courbe en avant, s'éloigne de la colonne vertébrale, et les côtes, tirées dans deux sens différents, en avant par le sternum, et le rachis incurvé en arrière, s'allongent et se redressent. La poitrine, agrandie dans le sens antéro-postérieur, diminuée dans les axes vertical et transversal, s'est rapprochée de l'abdomen; les viscères comprimés fuient vers la partie inférieure de cette cavité. L'aorte, trop longue pour mesurer verticalement le thorax, est infléchie.

Le bassin est relevé horizontalement par le redressement de sa partie antérieure et l'inclinaison de sa partie postérieure; l'angle sacro-vertébral est effacé, et le diamètre sacro-pubien se trouve par cette disposition augmenté. L'axe transversal de la poitrine étant considérablement diminué, les omoplates ne peuvent plus s'appliquer exactement sur la paroi postérieure, leurs angles inférieurs se relèvent et proéminent sous les téguments; les muscles du dos sont amincis, décolorés.

Quand la cyphose est générale, toute l'épine est voûtée; mais le milieu de l'arc correspondant au dos, une bosse considérable fait saillie dans cette région. La tête s'incline, le menton se rapproche de la poitrine, et le malade est obligé de ramener le globe de l'œil vers la paupière supérieure pour regarder directement en avant, ce qui lui donne une physionomie disgracieuse.

Lorsque la cyphose est partielle au dos, cette région est voûtée, arrondie, la tête s'enfonce entre les épaules; celles-ci paraissent relevées et rapprochées en avant.

Souvent, quand la cyphose existe aux lombes, elle n'a d'autre effet que de redresser la cambrure naturelle du rachis dans cette région. M. Bouvier dit avoir remarqué la cyphose bornée seulement a quelques vertèbres, et c'est alors, dit-il, à l'union de la région lombaire et de la région dorsale, ou du cou et du dos, que l'on observe le plus souvent cette variété de la déviation du rachis.

Toutes les variétés de cyphose que je viens de décrire peuvent être traitées avec espoir de succès par des moyens mécaniques; je ne m'attacherai pas à décrire ces moyens, je vais seulement, d'une manière succincte, poser quelques indications.

Deux préceptes fondamentaux forment la base de la thérapeutique de la cyphose. Ces préceptes sont : 1° de vaincre les obstacles qui s'opposent au redressement de l'épine; 2° de rendre aux muscles une puissance de contraction assez forte pour maintenir la colonne en arrière.

Si les sujets sont faibles, il faut d'abord les soumettre à un traitement tonique. Lorsque les forces reviennent, on doit alors avoir recours aux exercices gymnastiques et aux moyens mécaniques. Si la déviation ne date pas de longtemps, si elle est peu considérable, si elle est l'effet de l'habitude, les exercices gymnastiques peuvent suffire si le malade est docile; mais, si la maladie date de loin, si les muscles postérieurs sont allongés, détendus, et les antérieurs raccourcis, si le malade est indocile, pusillanime, il faut alors associer la gymnastique aux moyens mécaniques.

Il est inutile de dire que chez les vieillards on doit se borner à la position horizontale, et à les soutenir dans la marche avec des béquilles.

Les courbures de l'épine en arrière qui sont incurables sont celles qui sont accompagnées d'un grand raccourcissement de la partie antérieure des ligaments intervertébraux, et d'une grande diminution de hauteur de la partie antérieure du corps des vertèbres, surtout lorsque ces altérations sont anciennes, et que le sujet a passé l'âge de l'accroissement. Les déviations avec ankylose de la partie antérieure

des vertèbres sont ordinairement au-dessus des ressources de l'art. On reconnaîtra ce dernier état pendant la vie, à l'immobilité absolue des vertèbres soudées. Quant au premier, il sera établi, d'une part, par la forte courbure de l'arc représenté par les vertèbres, par le peu de mobilité et de souplesse de cet arc. Les courbures qu'il serait dangereux de traiter par des moyens mécaniques sont celles dans lesquelles la résistance des vertèbres est diminuée par une altération du tissu osseux qui en a détruit une partie, comme les tubercules, la carie, etc., genre d'affection que l'on range généralement sous le nom de *mal de Pott;* il est clair que, dans ces cas, un effort inconsidéré sur le rachis peut en déterminer la rupture, cé qui amènerait des désordres graves et même mortels dans la moelle épinière. On doit alors s'abstenir de tout moyen mécanique, et se borner à la position horizontale, comme moyen de prévenir une trop grande flexion de l'épine. Cette dernière catégorie de cas est reconnaissable à plusieurs symptômes caractéristiques, tels que la saillie anguleuse des vertèbres, une douleur sourde dans le point malade, la paralysie des membres de l'anus, de la vessie, et la formation d'abcès plus ou moins éloignés du foyer du mal.

IV.

Quelles sont les familles de plantes dans lesquelles les fleurs sont disposées en chaton? Comparer entre elles ces diverses familles, et indiquer leurs espèces employées en médecine.

C'est le chaton qui servira de caractère aux plantes dont j'ai à m'occuper, et par conséquent il convient, ce me semble, de donner autant que possible une bonne définition de ce mode d'inflorescence : on désigne généralement sous le nom de *chaton* un assemblage de petites

écailles ou de fleurs florales placées les unes au-dessus des autres sur un axe commun, grêle, et ordinairement pendant, à la base interne desquelles existe accolées un ou plusieurs organes de la génération à une certaine distance de la tige commune; de sorte qu'en arrachant ces écailles on entraîne toujours les organes génitaux. La couleur, la forme, le nombre, les dimensions de ces écailles, offrent de très-nombreuses variétés, et les chatons qui en sont constitués sont tantôt globuleux et arrondis, tantôt cylindriques et allongés. Les plantes, enfin, dans lesquelles on trouve ce mode d'inflorescence, forment une famille très-naturelle.

Il nous reste maintenant à étudier les caractères propres à chaque genre de cette famille.

Genre de la famille des amentacées.

1° (*Salix*) *Saule.* — Le genre saule est surtout caractérisé par des fleurs dioïques, très-rarement monoïques; l'inflorescence se fait en chatons allongés à écailles entières. Les écailles des fleurs mâles contiennent à leur base des glandes nectarifères simples ou bifurquées, et au milieu de ces glandes se trouvent les organes sexuels; les étamines varient de une à cinq; le nombre le plus ordinaire est de deux. Dans les chatons femelles on voit à la base des écailles un ovaire simple, surmonté d'un style bifide, que terminent deux ou quatre stigmates. Le fruit est une capsule uniloculaire à deux valves, contenant plusieurs graines garnies d'aigrettes simples. L'embryon est renversé. Il vient, en général, au bord des ruisseaux, des rivières, etc. Les espèces de ce genre sont très-nombreuses, aussi me contenterai-je d'en faire une simple énumération, en indiquant toutefois celles qui sont employées en médecine.

Dans le premier groupe se trouve le saule blanc (employé en médecine), le saule jaune (*vitellina salix*), saule drapé (*salix incana*), saule à trois étamines (*salix triandra*). Le saule amandié, le saule du Levant, le saule phylica, le saule daphné, le saule à cinq étamines, le saule émoussé.

Dans le second groupe existent les espèces de saule dont les capsules sont velues, comme le saule réticulé, le saule marceau, le saule à oreillettes, le saule de Suisse, etc. etc.

Deuxième genre. — Genre peuplier (*populus*). — Le chaton du peuplier est cylindrique et formé d'écailles dont le sommet offre des déchirures; les fleurs sont dioïques ; les chatons mâles, contenant de huit à trente étamines, sortant d'un petit godet obliquement tronqué et situé entre chaque écaille, dont la fleur se compose : la fleur femelle à quatre stigmates élevés sur un ovaire qui se transforme en une capsule bivalve, divisée en deux loges par une cloison incomplète ; au niveau de ces rudiments de cloison, se voient deux angles rentrants, considérables, polyspermes; les graines ont des houpes soyeuses ; l'embryon est renversé. Les variétés de ce genre sont assez nombreuses, divisées en deux classes.

Première classe. — Peupliers blancs (*populus alba*), peuplier grisâtre, le peuplier tremble, le peuplier baumier (employé en médecine).

Deuxième classe. — Peupliers noirs ; enfin le peuplier pyramidal.

Troisième genre. — Ce genre a pour caractère des fleurs disposées en chatons ovales, sessiles, à écailles luisantes en forme de croissant ; elles sont dioïques; les fleurs mâles ont de quatre à six étamines sous chaque écaille; les anthères sont didymes et à quatre valves ; l'ovaire, dans les fleurs femelles, est supérieur, surmonté de deux styles à stigmate simple; le fruit est une drupe à monosperme. Les variétés sont le myrica gale, le piment aquatique le piment royal (autrefois employé en médecine).

Quatrième genre. — Bouleau (*betula*). — Ce genre se distingue par ses fleurs monoïques, son calice monophylle et trifide; les chatons sont allongés et cylindriques, les fleurs mâles ont les écailles

groupées par trois, et sous chaque écaille intermédiaire se trouvent douze étamines. Dans les fleurs femelles, l'ovaire biloculaire, une des loges, avorte avant la maturité; deux styles, semence ailée, le fruit est une samare. Le bouleau blanc (employé en médecine), le bouleau noir, le bouleau pubescent.

Cinquième genre. — Chatons monoïques, les mâles allongés, cylindriques, écailles pédicellées; à la base de ces écailles est un godet à quatre lobes, contenant quatre étamines; les chatons femelles sont ovoïdes, les écailles sont en forme de cœur, dures et persistantes; ovaire comprimé, style simple, deux stigmates; le fruit a une enveloppe à deux loges contenant deux grains. L'aune glutineux, blanchâtre, vert.

Sixième genre (*carpinus*). — Charme, les chatons sont monoïques, les fleurs mâles ont de huit à quatorze étamines sous des écailles concaves; les chatons femelles ont un ovaire dentelé au sommet à deux loges, dont un avorte à la maturité, deux styles; le pistil est caché par des écailles foliacées à trois lobes; le fruit est une capsule osseuse non déhiscente (charme commun).

Septième genre. — Hêtre (*fragus*). — Les chatons sont globuleux, pendants, monoïques; huit étamines pour les fleurs mâles, dont le périgône est à six lobes. L'ovaire, dans la fleur femelle, est triangulaire à trois loges, contenant deux graines chacune, trois stigmates pour chaque style; les fleurs groupées deux à deux sans involucre, à quatre lobes; le fruit est une noix à une seule loge, arrivé à sa maturité (hêtre).

Huitième genre. — Châtaignier (*castanea*). — Chatons monoïques et hermaphrodites. Fleurs mâles, vingt-cinq étamines, chatons très-longs, périgône à six divisions. Fleurs hermaphrodites, douze éta-

mines cachées dans un duvet roide, fleurs groupées par deux et trois dans un involucre, ovaire à six loges, fruit (noix) uniloculaire, à une, deux et trois graines, hérissé d'épines.

Neuvième genre. — Noisetier (*corilus*). — Fleurs monoïques, chatons mâles cylindriques, à huit étamines, anthères uniloculaires, les écailles rhomboïdales; dans les fleurs femelles est un ovaire à deux style, le calice paraît manquer; il y a un involucre coriace.

Dixième genre. — Chêne (*quercus*). — Fleurs monoïques, cinq étamines pour les fleurs mâles, qui ont des périgônes découpées. Les chatons femelles ont un involucre de plusieurs écailles soudées en forme de capsule coriace, qui s'accroît après la floraison; l'ovaire, dans les fleurs femelles, est à trois loges et à six graines, et à trois stigmates; le fruit est une noix à une seule loge et à une seule graine, contenue dans la cupule; ce fruit est connu sous le nom de *gland* (*quercus robur*), à galles (le chêne) (*quercus coccifera*), (*quercus suber*), (le chêne yeuse ou chêne vert). On emploie en médecine le fruit et l'écorce du *quercus robur*.

